ANNALI

DI

OSTETRICIA e GINECOLOGIA

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS ENGLAND
31 JAN 91
LIBRARY

CON LA COOPERAZIONE DEI SIGNORI

Dott. **G. Bargioni** (*Firenze*) — Dott. **L. Bergesio**, lib. doc. (*Torino*) — Prof. **G. Berruti** (*Torino*)
Dott. **A. Bertazzoli**, lib. doc. (*Milano*) — Dott. **L. M. Bossi**, lib. doc. (*Genova*) — Dott. **E. Bruers** (*Bologna*)
Dott. **F. Candia** (*Napoli*) — Dott. **F. Caruso** (*Napoli*) — Prof. **D. Chiara** (*Firenze*)
Dott. **G. Cosentino**, lib. doc. (*Palermo*) — Dott. **C. Decio** (*Milano*) — Prof. **E. F. Fabbri** (*Modena*)
Prof. **E. Falaschi** (*Siena*) — Dott. **E. Fasola**, lib. doc. (*Firenze*) — Dott. **M. Fermi** (*Parma*)
Dott. **G. Gelli** (*Firenze*) — Dott. **G. Kirch** (*Nuova York*)
Dott. **V. Lauro**, lib. doc. (*Napoli*) — Dott. **F. La Torre** (*Roma*) — Prof. **C. Liebman** (*Trieste*)
Dott. **A. Manzoni** (*Milano*) — Dott. **O. Marchioneschi**, lib. doc. (*Pisa*) — Dott. **C. Marocco**, lib. doc. (*Roma*)
Dott. **A. Maroni** (*Milano*) — Dott. **A. Martinetti** (*Firenze*) — Prof. **C. Massarenti** (*Bologna*)
Dott. **F. Meola**, lib. doc. (*Napoli*) — Prof. **C. Minati** (*Pisa*) — Prof. **O. Morisani** (*Napoli*)
Prof. **P. Negri** (*Venezia*) — Prof. **M. Pantaleo** (*Palermo*) — Dott. **F. Parona** (*Novara*)
Prof. **E. Pasquali** (*Roma*) — Dott. **Giacomo Piazza** (*Milano*) — Dott. **E. Pinzani**, lib. doc. (*Bologna*)
Dott. **R. Polacco** (*Milano*) — Dott. **N. Postiglione** (*Napoli*) — Prof. **R. Pugliatti** (*Messina*)
Dott. **U. Rusconi** (*Milano*) — Dott. **P. Sacchi** (*Cremona*) — Dott. **A. Sani** (*Firenze*)
Dott. **G. Scarlini**, lib. doc. (*Siena*) — Dott. **E. Secchi** (*Milano*) — Dott. **R. Segré** (*Milano*)
Prof. **E. Truzzi** (*Novara*) — Dott. **M. Vercelli** (*Saluggia*) — Dott. **F. Villa** (*Milano*)
Prof. **E. Welponer** (*Trieste*).

ANNO XII - 1890

MILANO
TIPOGRAFIA LODOVICO FELICE COGLIATI
Via Pantano, 26.

112

Anno XII. Gennaio 1890. Num. 1.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE

22 FEB 90

Dodici isterectomie vaginali per carcinoma

OSSERVAZIONI E CONSIDERAZIONI

del Prof. LUIGI MANGIAGALLI

L'isterectomia vaginale per carcinoma, malgrado le numerose statistiche pubblicate e l'ingente numero di lavori che ad essa si riferiscono, è ancora un argomento a cui si rivolge con amorosa cura e vivissimo interesse l'attenzione dei ginecologi e dei chirurghi. Accettata dappertutto come operazione ampiamente giustificata, non si è ancor fatto l'accordo su molti punti della più grande importanza. Fare una rapida rassegna delle questioni controverse e dei problemi ancora insoluti, portare alla statistica italiana il contributo delle prime isterectomie fatte in questo Ospedale, è lo scopo della presente pubblicazione colla quale e con quelle che si succederanno sullo stesso argomento, verrò esponendo i risultati prossimi e remoti delle operazioni da me praticate, poichè, se è ormai assodato che i risultati prossimi sono tali da collocare la isterectomia, abilmente eseguita, quasi a fianco della ovariotomia, non è men vero che il valore umanitario della operazione debba calcolarsi dai benefici più o meno durevoli che essa arreca alla paziente. Che tali benefici effetti non possano del resto negarsi, già lo dimostra una serie ormai lunga di casi operati senza recidiva o con recidiva a lunga scadenza e nei quali le prove cliniche ed anatomiche della natura del tu-

more erano così evidenti e confortate dall'autorità di clinici e di istologi così illustri da non poter lasciar alcun dubbio anche nell'animo più scettico sulla esattezza del diagnostico.

Su due punti principali vertono le questioni che si agitano a proposito della isterectomia vaginale per cancro, la tecnica e la operabilità, ma di certo quelle che si riferiscono alla prima sono oggidì, per importanza, affatto in seconda linea. Una vasta esperienza ha dimostrato infatti che molte modificazioni operatorie non hanno il valore che forse loro accordavano i proponenti e mano mano ogni operatore si è venuto quasi formandosi un *modus operandi* che, per alcune modalità accessorie, può allontanarsi dai procedimenti seguiti da altri operatori, ma che, nelle linee generali, si accomuna con essi e non modifica punto la prognosi della operazione. Rigorosa antisepsi e sicura emostasi sono le condizioni essenziali per un esito felice e sono io pure dell'avviso di Hofmeier che l'aprire in questo od in quel modo la volta vaginale, aprirla prima all'avanti e poi all'indietro, o prima all'indietro, ovvero lateralmente, il cucire sierosa con sierosa o sierosa con mucosa, ovvero omettere la sutura, non abbiano una influenza apprezzabile sugli esiti della operazione (1). Sopra un punto però è profondo il mio convincimento, che il capitombolo dell'utero, lo si faccia all'avanti od all'indietro, complica inutilmente l'operazione, crea qualche volta difficoltà non sempre di lieve momento, rende più difficile e più aleatoria l'antisepsi.

Il processo da me seguito trae in gran parte da quello di Fritsch e di Leopold e si identifica quasi con quello di Dmitri de Ott (2), ma si era andato lentamente elaborando nella mia mente fino dai primissimi tempi della risurrezione della isterectomia vaginale. In una lettera da Berlino in data del 24 luglio 1879 e resa allora di pubblica ragione, prima ancora che fosse pubblicata la classica memoria di Czerny (3) parlando dell'amputazione alta del collo uterino come la vedeva praticare alla clinica di Schroeder, mi domandavo se non conveniva fare un passo più oltre e praticare la esportazione totale per la via vaginale con maggior probabilità di esito favorevole che non colla ope-

---

(1) *Hofmeier.* « Grundriss der gynäckologischen Operationen » 1888.

(2) Dmitri de Ott descrive il suo metodo nel fascicolo di Novembre 1889 degli *Annales de Gynécologie*, alla quale epoca io aveva già operato i primi dodici casi.

(3) Ueber die Ausrottung des Gebärmutter. Krebs, Wiener Mediz. Wochenschrift. N. 45-46 e successivi, 1879.

razione di Freund (1). Era presente allora alla mia memoria un lavoro di Palletta che si riferiva appunto ad una esportazione inconsapevole di utero sarcomatoso per la via vaginale. La lettura di quel lavoro e qualche esercitazione sul cadavere avevano così formulato nella mia mente la tecnica operativa: *considerare l'utero come un tumore, liberarlo dai suoi attacchi anatomici ben definiti, procedendo dal basso all'alto, traendolo continuamente in basso ed assicurando mano mano l'emostasi.* Ecco adunque come io ho proceduto nei casi da me operati. La donna è messa nella posizione sacro-dorsale, il retto e la vescica sono stati precedentemente vuotati. Mediante lo speculum di Simon ed un elevatore vaginale è messa allo scoperto la porzione vaginale del collo, che è afferrata da pinze a due piccoli uncini piuttosto smussati. Se il neoplasma è vasto ed invasa una porzione della vagina, impianto molte di queste pinze tutte all'ingiro in modo che esse segnino per così dire col loro impianto a corona la zona di tessuto che macroscopicamente è sana in modo evidente. Afferrate allora tutte le pinze tiro l'utero in basso per quanto lo permettono le trazioni su di esso esercitate. Un abbassamento molto pronunciato dell' utero non lo credo però favorevole alla facilità ed alla speditezza dell'operazione, perchè i legamenti larghi disponendosi allora verticalmente, la loro legatura può presentare qualche difficoltà. Mi parve inutile demolire in antecedenza le masse neoplastiche vegetanti dal collo mediante il raschiamento o tanto meno amputare il collo coll'ansa galvanica (Bottini). Avendo rinunciato per principio a capitombolare l'utero sia all'avanti che all' indietro, non c'è alcuna tema che il neoplasma venga a contatto colla sierosa. Mentre una mano tira sulle pinze, con un bistourì incido circolarmente la vagina all'esterno della corona di pinze, cosicchè in ogni utero da me esportato, è ad esso unito un lembo circolare di vagina. Fino a questo punto l'irrigazione continua al sublimato è stata all'uno per mille, in seguito vien fatta pure l' irrigazione continua ma all'uno per otto mila. Deposto il bistourì, coll'indice della mano destra, distacco quanto più posso ed isolo la porzione sopravaginale del collo anteriormente, posteriormente ed ai lati, senza aprire di deliberato deposito il peritoneo, nè anteriormente, nè posteriormente. Affidando allora le trazioni ad un assistente, questi le dirige a destra

(1) Impressioni di un ostetrico in viaggio. Lettera da Berlino 24 Luglio 1889. « Annali di Ostetricia Ginecologia » 1889.

od a sinistra secondochè l'operatore comincia a legare il legamento largo di sinistra ovvero quello di destra. Nella qual bisogna procedo come è del resto pratica di molti. Mediante un ago di Dechamps smusso fornito di seta robusta ma non troppo grossa (N. 4), trafiggo una parte di legamento largo, stringo col filo così passato ed annodo e con un colpo di forbice recido fra la legatura ed il margine uterino e così procedo legando il tratto mano mano più elevato, penetrando così lateralmente nel cavo peritoneale. In ultimo si applicano legature nello stesso modo sul legamento rotondo, sulla tuba, sul legamento utero-ovarico, ovvero su quello ovarico-pelvico, se l'ovaio cade spontaneamente nel campo operatorio ed è notevolmente procidente o presenta alterazioni speciali. È di solito a questo punto che incido la piega utero-vescicale ed utero-rettale per legare poi i legamenti del lato opposto ma in senso inverso. Molte volte però, ed è il processo che prediligo, divisa dal margine uterino la parte di legamento largo che contiene l'arteria uterina, si fa altrettanto dal lato opposto per poi ritornare al lato dal quale si è incominciato e procedendo quindi come ho indicato sopra.

Gli estremi centrali delle arterie uterine o dei suoi rami, facilmente visibili nei tratti di legamento largo separati dal margine uterino, si legano separatamente con seta sottile i cui capi si tagliano corti. È inutile tale misura precauzionale riguardo alle arterie utero-ovariche, essendo le parti in cui decorrono facili ad essere strette efficacemente dal filo. I capi dei fili con cui si sono praticate le legature vengono lasciati un po' lunghi e separati in due fasci destro e sinistro mediante un laccio circolare. Nelle ultime operazioni ho preferito fare legature perdute dei legamenti utero-ovarici, dei legamenti rotondi e delle tube e lasciar lunghi soltanto i fili che stringono i legamenti larghi, perchè questi si possono allontanare facilmente e quelli con una certa difficoltà e non prima del ventesimo-trentesimo giorno. Ho osservato infatti riguardo alle legature dei legamenti larghi che la mortificazione del fascio serrato si spinge al di là del laccio costrittore, il che facilita la caduta spontanea del filo o la sua rimozione mediante lievi trazioni.

Non ho mai praticato nei casi di isterectomia per carcinoma nè sutura di sierosa con sierosa, nè di sierosa con mucosa; quest'ultima invece la eseguii nei casi di isterectomia per voluminosi prolassi. Se ad un certo punto dell'atto operativo si fanno prolabenti anse intestinali

le riduco e le mantengo ridotte mediante una spugna unita ad un cordoncino. Terminata l'operazione, introduco in vagina un tampone di garza iodoformica, mentre i fasci dei fili corrono ai lati di esso e la vagina viene occlusa con un po' di garza iodoformica. Il tampone viene levato di solito in 7ª–8ª giornata e da allora si fanno irrigazioni quotidiane di sublimato all'uno per mille, mentre l'apertura vaginale si va rapidamente restringendo in modo da non dar passaggio dopo una diecina di giorni che ai fasci di fili che fungono ulteriormente da drenaggio.

I risultati ottenuti furono così buoni che non intendo, per ora almeno, discostarmi dal procedimento seguito; del resto, lo ripeto, uno sguardo dato alle statistiche dei diversi operatori facilmente ne convince che la maggior parte dei dettagli operatorii sono affatto secondarii riguardo ai risultati della operazione. Non è possibile però lasciare questo argomento senza chiederci almeno se quella semplicità di tecnicismo non disgiunta dalla sicurezza della emostasi che deve essere il desiderato massimo di chi si accinge alla isterectomia e che a me come a molti altri operatori pare aversi nei processi più comunemente accettati (Schroeder, Martin, Fritsch, Leopold, Dmitri de Ott) non si raggiunga meglio mediante l'innovazione dovuta all'iniziativa di chirurghi francesi, la quale vorrebbe affidata all'applicazione metodica e permanente di pinze l'emostasi temporanea e permanente nella isterectomia, con maggior guadagno di tempo, con maggior rapidità e sicurezza di emostasi e con miglioramento conseguente della prognosi immediata che pur si presenta già con auspici sì favorevoli. Nei casi da me operati io mi sono servito una sol volta di pinze emostatiche parzialmente ed in modo affatto secondario ed incidentale e pur riconoscendo i grandi vantaggi che tale genere di emostasi ha in questa come in ogni altra operazione e che da essa si possano avere notevoli servigi in determinate circostanze, è mio convincimento che non si debba nell'operazione di cui si parla erigerlo a procedimento costante metodico. Non è mio compito entrare nella discussione impegnatasi in Francia sulla priorità della forcipressura applicata alla isterectomia vaginale. La forcipressura come mezzo emostatico non è trovato recente e non basta neppure per trovarne l'origine, rimontare con Verneuil al principio di questo secolo (1), ma è certo che Peàn volgarizzandola, estendendone le indicazioni, applicandola a pres-

(1) *Verneuil.* « De la forcipressure. » (Société de chirurgie, 6 Janvier 1875).

sochè tutte le operazioni, migliorandone la tecnica, ha legato durevolmente il suo nome a tale procedimento emostatico. Non però se ne servì metodicamente nelle sue prime isterectomie di cui la prima risale al 25 ottobre 1882 (1). In questa e nelle successive egli applica sui legamenti larghi legature con filo di seta e, se si serve delle pinze emostatiche, non lo è che provvisoriamente nel corso della operazione. È soltanto nella isterectomia praticata il 19 giugno 1885 che lascia a permanenza le pinze ma indottovi dalla necessità. Un brano di detta osservazione lo dimostra ad evidenza (2). « Aussi, après avoir saisi ces deux ligaments, je fus obligé de placer successivement sur chacun cinq autres pinces courbes sur la partie la plus élevée de ces ligaments au dessus des premières et de couper au dessous d'elles. Il m'aurait été impossible, en raison de la hauteur à laquelle ces pinces étaient placées, de les enlever, je me décidai à les laisser à demeure et je ne fis pas de suture de la plaie. » Richelot invece, dopo aver persa per emorragia la sua prima operata dell'8 agosto 1885, accompagna la esposizione del caso alla Società di chirurgia l'11 novembre 1885 con tali riflessioni e considerazioni da dimostrare il proposito deliberato di erigere la forcipressura permanente a metodo costante nelle future isterectomie. Riporto le sue parole testuali perchè espongono lucidamente il procedimento che verrà poi seguito da lui e da altri operatori e cercano di mettere in evidenza i vantaggi del metodo. « La ligature des ligaments larges est la pierre d'achoppement de l'hystérectomie vaginale; c'est la grosse difficulté qui entraîne deux conséquences également fâcheuses: la prolongation des manœuvres et la possibilité de l'hémorrhagie. Tous les auteurs ont cherché à la simplifier sans y parvenir absolument. On trouve notés, comme causes de mort, la péritonite, l'hémorrhagie et le collapsus: mais j'ai lieu de croire qu'un bon nombre de péritonites, signalées sans autre commentaire, étaient dues à l'hémorrhagie pélvienne. Quelle que soit, d'ailleurs, la fréquence de l'hémorrhagie, tout procédé qui simplifiera le traitement des ligaments larges, tendra du même coup à éloigner les autres causes de mort, en diminuant la durée et la violence des manœuvres. Tout se résume donc à trouver un moyen qui atteigne ce double but: 1.° assurer l'hémostase; 2.° abréger la durée de l'opération.

---

(1) *Alfred Gomet.* « De l'hystérectomie vaginale en France, » pag. 34.

(2) Ibid, pag. 53-54.

Or ce moyen existe, il est entre nos mains: je veux parler des pinces longues à pression continue. Je crois que ces pinces, étreignant les deux ligaments larges pendant vingt quatre heures, nous dispenseront des ligatures et rempliront parfaitement la double indication que je vous ai signalée. Et d'abord, l'opération durera une demie heure au lieu d'une heure et demie: car le prémier ligament accroché par son bord supérieur, il est facile de le mordre avec la pince longue: après la section au ras de l'utérus et l'extraction hors du vagin il est encore plus simple de mordre le second. Le péritoine pélvien ne sera plus offensé par l'introduction pénible et réiterée des aiguilles et des doigts. N'est-il pas important ici come dans l'ovariotomie, de refermer vite le péritoine?

En second lieu, l'hémostase est assurée, car la pression des pinces pendant vingt-quatre heures suffit à oblitérer definitivement des artères même volumineuses.

Je ne vois d'ailleurs aucun inconvénient qui puisse compenser les avantages des pinces longues substituées aux ligatures. Les tissus comprimés par la pince se comporteront comme les tissus étranglés par le fils; les pinces rempliront l'office de drains pendant ving quatre heures (1). »

In Francia Richelot, Terrier, Bouilly, Péan e molti altri si famigliarizzano col nuovo metodo, Doléris modifica le pinze in modo da rendere possibile l'applicazione isolata delle branche, altrettanto fa in Italia il Truzzi. Il Müller, il Thiem, il Landau, in Germania sono favorevoli al procedimento, e così pure il Dudley in America che estende l'uso delle pinze a chiudere la ferita peritoneale, facendo combaciare sierosa e sierosa, dopo l'ablazione dell'utero invece di servirsi della sutura (2).

---

(1) Come ultimo documento per la storia di questa contesa di priorità, vedasi l'articolo recentissimo di *Doléris* « L'emploi des pinces dans l'hystérectomie vaginale. » « Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie. » 23 Octobre 1889. — L'originalità del metodo consisterebbe specialmente, secondo Doléris, nell'idea di sostituire le legature con una sola pinza introdotta immediatamente dopo l'apertura dei cul di sacco anteriore e posteriore della vagina, lasciata in posto come un clamp sui peduncoli laterali rappresentati dai legamenti larghi. Müller in cinque casi operò appunto nel modo descritto (*).

(*) « Ueber die Anwendung blutstillenden Zangen bei der vaginalen Totalextirpation des Uterus » (C. f. Gynaek, N. 12, 1887.

(2) *E. C. Dudley*. Pressure Forceps versus the ligature and the suture in vaginal Hysterectomy. Gynecological Transactions. 1888, Vol. XIII

Ma è vero che con tale processo si pervenga assolutamente a togliere la difficoltà del trattamento dei legamenti larghi? È vero anzitutto essere difficile una tale legatura? Si può credere sul serio che sia penosa e reiterata l'introduzione degli aghi e delle dita al punto da essere offeso il peritoneo pelvico? E si accorcia così notevolmente la durata della operazione? Ed è così importante chiudere presto il peritoneo come nella ovariotomia? Per molti casi visti da me operare da parecchi operatori coi più svariati procedimenti e per l'esperienza acquistata nei casi da me operati, sono costretto a riconoscere essere nella gran maggioranza dei casi cosa facile e semplice la legatura dei legamenti larghi, facilissima poi quella delle tube, dei legamenti rotondi, dei legamenti utero-ovarici. Certo si danno casi in cui tale legatura urta contro difficoltà speciali, che possono essere date dal notevole volume dell'organo (fibroma-sarcoma gravidanza-piometra) ma più specialmente dalla infiltrazione dei parametrii. Può essere allora difficile l'applicazione di legature poichè i tessuti su cui cadono sono fragili, facilmente lacerabili e la legatura fa cattiva prova. È certo che in simili casi l'applicazione di pinze può essere estremamente giovevole, ma sono questi i casi in cui un procedimento operatorio deve essere giudicato? La questione, a giudicarne dalla mia esperienza, è semplicissima. Nei casi in cui i parametrii non sono infiltrati l'applicazione delle legature è facilissima, nei casi in cui i parametrii lo sono più o meno estesamente, non è facile l'applicazione delle legature, ma non è neppure agevole l'applicazione metodica e regolare delle pinze a guisa di *clamps;* esse, stringendo qua e là punti che danno sangue, ci servono bensì egregiamente per infrenare le emorragie, ma non possiamo in questi casi considerarne l'applicazione come procedimento che sostituisca metodicamente l'applicazione delle legature. Se poi i parametrii non sono infiltrati, quale difficoltà seria possiamo noi incontrare nel legare la base dei legamenti larghi? Francamente nessuna. E la perdita di tempo può essere calcolabile quando nei casi ordinari, quindici, venti o trenta minuti, possano essere sufficienti a compiere la isterectomia, e nei casi circondati da difficoltà, queste non sono tali per cui colle pinze se ne venga così facilmente a capo da accorciare notevolmente la durata dell'atto operativo? E può paragonarsi la isterectomia alla ovariotomia riguardo al tempo in cui sta aperto il peritoneo, se in quella operazione si sono ottenuti splendidi risultati anche non curandosi di chiuderlo? E l'emorragia è accidente così frequente e

temibile quando vediamo che Martin dichiara che non ha mai visto emorragie consecutive gravi in seguito alla estirpazione dell'utero (1) e che i casi di emorragie nelle grandi statistiche germaniche sono addirittura eccezionali? Ma colla forcipressura costante, elevata a metodo, si ottiene almeno di evitare sicuramente i possibili pericoli della legatura, ed è vero che tali vantaggi, se reali, non sieno compensati da alcun inconveniente? *Ex ore tuo te judice.* Nella tesi di Madec (2) sono dieci le osservazioni e tre i casi di morte, ma lasciando uno di questi, perchè operato all' antica maniera, abbiamo due morti sopra nove casi. Nel secondo caso fu leso l'uretere, in un caso (il 4°) il legamento abbracciato dalla pinza si allunga per la pressione da essa esercitata e l' arteria ovarica non resta compresa nell'area stretta, compressa, e dà sangue al momento in cui si termina la sezione del legamento. In un altro caso (il 5°) la pinza si lussa e non stringe i tessuti. In un altro (il 6°) il morso posteriore, invece di penetrare nel cul di sacco di Douglas, sdoppia il legamento largo e lascia il suo foglietto posteriore aderente all'utero, il che richiede nuove manovre laboriose (*non sans peine*). In una successiva osservazione (Richelot, *Union médicale,* 1888) è lesa la vescica, in un' altra è apportato per compressione lo sfacelo del retto (Douplouy, *Congrès français de chirurgie,* 1880).

Non è che col metodo della legatura non sieno occorsi serii accidenti, ma le osservazioni riportate bastano a dimostrare che la forcipressura non vale ad evitarli. Anche il Landau, che in Germania è uno dei campioni della forcipressura, dopo un caso disgraziato occorsogli, conferma che il nuovo procedimento non mette al sicuro l'operatore dalla possibilità di stringere l'uretere. Infatti la lesione dell'uretere non è in rapporto con questo e con quel metodo, se esso non è impigliato e fissato nel tessuto neoplastico, se esso può seguire la vescica, facilmente se ne eviterà la lesione qualunque sia il procedimento scelto, sia incidendo la volta vaginale in situ, sia abbassando notevolmente l'utero, poichè dai lavori anatomici compiuti su tale argomento è noto quanto variino i rapporti nelle circostanze accennate. Si aggiunga l' ingombro della vagina per parte delle pinze e gli inconvenienti che ne

(1) *A. Martin.* « Traité clinique des maladies des femmes, » traduction par Varnier et Welss, 1889 (pag. 442).

(2) *Madec.* Traitement chirurgical du cancer de l'uterus. Paris, 1887.

risultano, le difficoltà che qualche volta s' incontrano nel levarle e parrà difficile l'ammettere che essa possa costituire il metodo più facile, più spedito, più sicuro. Ma se tale procedimento non può vantare, a suo beneficio assoluto, il *cito, tute, iucunditer,* è però innegabile lo ripeto, che può recare segnalati servizi in alcuni casi e sarebbe biasimevole il chirurgo che si accingesse a praticare una isterectomia senza essere fornito anche di questo potente mezzo emostatico.

Un altro punto che riguarda la tecnica operativa merita la nostra attenzione. Alla isterectomia vaginale dobbiamo aggiungere l'ablazione delle ovaie *per principio,* se anche queste sono sane? Il problema è tanto più importante in quantochè dagli studii sperimentali si sarebbe tratto appunto il corollario della convenienza della loro rimozione e parecchi ginecologi la praticano di deliberato proposito. S'intende che non devono essere presi in considerazione i casi in cui l'ablazione delle ovaie è doverosa perchè le ovaie, o sono eccezionalmente affette da cancro (1) o presentano alterazioni speciali, o sono state lese nel corso dell'operazione e così pure i casi in cui, essendo le operande già entrate nella menopausa, è indifferente affatto fisiologicamente che le ovaie sieno conservate od esportate. La questione si riferisce dunque esclusivamente ai casi in cui l'ammalata è ancora nel periodo dell'attività sessuale e le ovaie sono sane. Il Grammatikati (2), il quale studiò sperimentalmente l'argomento, operando sopra coniglie, arrivò a queste conclusioni:

a) dopo la estirpazione dell' utero, le ovaie continuano a funzionare. Il processo della maturazione, dello scoppio dei follicoli di Graaf, come pure la formazione dei falsi corpi lutei non subisce alcuna alterazione;

b) la contemporanea estirpazione dell' utero e delle tube non ha alcuna influenza sulla funzione delle ovaie.

Egli cita anzi un caso operato da Lebedeff di isterectomia, nel quale, essendo la donna morta tre anni dopo di malattia intercorrente, egli potè constatare nelle ovaie tutti gli stadii di sviluppo del follicolo di

---

(1) *Reichel.* « Ueber das gleicohzeitige Vrkommen von Carcinom des Uterusköpers und des Eierstockes. » Zeitschrift f. Geb. u. Gynaek, XV Bd. 2 H.

(2) *Grammatikati.* « Experimentelle Untersuchungen ueber das weitere Schicksal der Ovarien und Tuben nach der Totalextirpation des Uterus bei Kaninchen. » C. f. G. N. 7, 1889.

Graaf fino alla formazione del corpo luteo, senzachè le ovaie mostrassero traccia alcuna di processo atrofico. Dalla confermata funzionalità delle ovaie dopo la esportazione dell'utero non viene però dimostrata la opportunità di rimuovere assieme all'utero le ovaie. Non sono concordi a tale riguardo le opinioni dei clinici. Hofmeier così si esprime: « Se le « tube e le ovaie mostrano una grande tendenza a farsi procidenti, si « può trarle facilmente in basso mediante pinze di Muzeux ed espor- « tarle. Se abbiamo ragioni speciali di desiderare in ogni modo la « rimozione delle ovaie, dobbiamo ricercarle e trarle nel campo opera- « torio. Nelle donne giovani per regola è il partito migliore, poichè « altrimenti possono insorgere consecutivamente tormentosi disturbi di- « smenorroici » (1). Martin trasvola sulla questione, ma in principio sembrerebbe parteggiare per la conservazione poichè non dedica alla questione che le seguenti parole: « les ovaires et les trompes tombent souvent dans « la plaie même lorsque ces organes sont fortement augmentés de vo- « lume; *dan ce cas* on fait la ligature sans peine et je les enlève avec « le reste » (2). Il Brennecke, tranne una sola eccezione, nei casi da lui operati conservò gli annessi « non perchè la loro ablazione offrisse « difficoltà speciali, ma perchè di caso in caso si persuase che il la- « sciarli non portava con sè alcuna conseguenza spiacevole » (3). Il Landau così decide la questione nelle donne ancora menstruate: « le mie « osservazioni cliniche concordano pienamente coi fatti osservati speri- « mentalmente nei conigli che la estirpazione dell'utero non ha alcuna « influenza sull'ulteriore funzionare delle ovaie. Debbo però contradire, « in base alla mia esperienza sull'uomo, alla conclusione che si vuol « trarre da tali ricerche, che cioè si debba elevare a principio la rimo- « zione delle ovaie perchè non si presentino eventuali disturbi men- « struali. È vero che alcune persone a cui si sono lasciate le ovaie, « soffrono periodicamente di alcuni incomodi (Unbehaglichkeiten) che « sono sicuramente in nesso col funzionare delle ovaie, ma questa non « è una occorrenza costante e per quanto ne possa giudicare in base alla « mia osservazione, ciò si osserva specialmente quando preesisteva una « dismenorrea ovarica. Ma poichè nelle donne da me operate prima

(1) l. c. p. 252.

(2) l. c.

(3) « Ueber die vaginale Totalextirpation des Uterus. » (Zeitsch. f. G. u. Gynaek. XII Bd. 1 H.)

« della menopausa ho osservato disturbi eguali per intensità e per fre-
« quenza, sia esportando le ovaie che lasciandole, ritengo miglior par-
« tito in simili casi risparmiarle » (1). Dmitri de Ott (l. c.) respinge assolutamente l'idea di estirpare coll'utero le ovaie sane ed alle comunicazioni di autori che si riferiscono a periodicità di sintomi, considerati come molimina menstrualia, in casi in cui coll'utero non erano state estirpate le ovaie, contrappone osservazioni analoghe di casi in cui si ebbero eguali disturbi mentre le ovaie erano state estirpate assieme all'utero e persino in casi in cui la castrazione era stata praticata per ottenere una menopausa artificiale. Dalle citazioni fatte appare come la preoccupazione maggiore degli operatori fosse quella dei disturbi dipendenti dalla continuazione della funzione delle ovaie conservate all'atto della isterectomia. A nessuno invece si è presentata o si è presentata fugacemente (Dmtri de Ott) la questione inversa; se, cioè, conservando le ovaie, possano insorgere disturbi dovuti al loro funzionare, esportandole, quando la loro esportazione è oziosa e superflua, non avremo disturbi maggiori? l'organismo muliebre sottratto alla innegabile influenza che su di esso esercitano le ghiandole sessuali non subirà modificazioni profonde che possano pesare sulla bilancia e influenzare quindi l'operatore nel senso di conservare le ovaie ogni qual volta, nella esportazione dell'utero, la loro contemporanea rimozione non è richiesta da ragioni d'ordine tecnico e patologico? A tale conclusione viene appunto il Glaevecke in uno studio approfondito delle modificazioni materiali e morali dell'organismo muliebre in seguito a perdita artificiale delle ovaie da una parte e dell'utero dall'altra (2). Dopo la esportazione dell'utero, rispettando le ovaie, si osservano bensì di regola molimina menstrualia nei primi tempi, ma essi vanno mano mano diminuendo e scompaiono di solito dopo un anno. Malgrado però la interruzione delle menstruazioni non si osservano mai emorragie vicarie di qualche importanza e la estirpazione totale dell'utero non influenza l'intiero organismo della donna come la castrazione, la cui azione mutilatrice si fa sentire molto più profondamente.

---

(1) *Leopold Landau.* « Zur Diagnose u. Therapie des Gebärmutterkrebs. » Sammlung klin. Vorträge, N. 338 1889.

(2) *Glaevecke.* « Körperliche u. geistige Veränderungen im weiblichen Körper nach künstlichem Verluste der Ovarien einerseits und des Uterus anderseits. » Ach. f. Gynaek. Bd. XXXV. 1 H.

Le ragioni sovraesposte sono quelle appunto che mi hanno indotto a rispettare per regola le ovaie nella isterectomia. Esse vennero esportate in due casi, perchè erano notevolmente prolabenti in vagina ed in un terzo caso ne venne esportata una sola perchè aderente all'utero per processo peritonitico e lesa nel corso dell'operazione. Delle donne operate nell'epoca dell'attività sessuale, e nelle quali non venne praticata l'ablazione delle ovaie soltanto una presentò molimina menstrualia di qualche momento, mentre una delle due a cui vennero esportate le ovaie presentò un rapido e notevole ingrassamento.

Esposta così quale sia stata la tecnica da me seguita e le ragioni per cui io abbia rifiutato la forcipressura come metodo nelle operazioni da me praticate e non mi sia curato di esportare le ovaie nella maggior parte dei casi, riferirò ora brevemente le storie cliniche dei casi da me operati nel 1889. Nel Comparto da me diretto venne praticata la isterectomia vaginale tredici volte, dodici volte da me, una dal dott. Secchi e di esse undici per cancro e le altre due per prolassi enormi; una venne praticata per carcinoma in pratica privata. Dodici ebbero esito felice consecutivamente, la tredicesima praticata per carcinoma diffuso alla vagina ed ai parametrii ebbe esito infausto. Non possono qui aver luogo naturalmente che le osservazioni di isterectomia per carcinoma. Che se nel computo della mortalità dell' atto operativo terrò calcolo anche delle isterectomie praticate per la seconda delle accennate indicazioni è perchè ritengo che detti casi non sieno punto più facili e più semplici, operativamente parlando, che non i casi di carcinoma in cui il neoplasma non abbia ancora invaso i parametrii e possa quindi farsi parola di operazione tipica.

OSSERVAZIONE I.

L.... Virginia, d'anni 25, entra nell'Ospedale il 6 febbraio 1889. Fu menstruata la prima volta a 12 anni. III para, partorì per la prima volta a 15 anni, l'ultima volta nel febbraio 1886. I parti furono spontanei, facili, i puerperii regolari. La madre vive tuttora e soffre di metrorragia. Il padre morì a 33 anni presentando frequente vomito sanguigno che fu attribuito a malattia gastrica. Poco tempo dopo l'ultimo parto apparvero le prime emorragie. Consultato allora un medico, questi constatò uua *piaga* sul collo dell'utero. Non avvertì mai dolori. Le emorragie si

fecero sempre più frequenti e insorgevano ad ogni avvicinamento sessuale, da due mesi sono quasi continue. L'utero aumentato di volume in toto è in antiversione ed antiflessione fisiologica e gode di discreta mobilità. L'esame combinato vagino e retto-addominale nulla rileva agli annessi. Il collo uterino assai grosso presenta una ulcerazione irregolare, crateriforme, a margini duri, qua e là vegetante, sanguinante al minimo tocco. Esportati pezzettini di collo e sottoposti ad esame istologico nel laboratorio anatomo-patologico dell'Ospedale diretto dal dott. Visconti, vien confermata la diagnosi di carcinoma midollare della porzione vaginale del collo. L'isterectomia viene praticata il giorno 16 febbraio alla 1 pom. È interessante il notare come alla sera del quindici la paziente fosse presa da dolori vivissimi ai due quadranti inferiori, accompagnati da elevazione termica a 38.5. Riesaminata la mattina del 16, presentava ancora 38.5 e il riscontro provocava vivissimi dolori alla pressione nello spazio di Douglas senza che fosse dimostrabile un essudato nettamente circoscritto. Malgrado questo attacco di perimetrite si credette opportuno di procedere egualmente alla divisata operazione, nel timore che l'indugio potesse poi apparecchiare difficoltà all'impresa chirurgica richiesta imperiosamente dalla natura del male e nella speranza che l'operazione potesse essere vantaggiosa piuttosto che dannosa al processo flogistico che pareva incoato nella piega sierosa del Douglas. Operazione senza accidenti. Assieme all'utero si sono esportate anche le ovaie. Legature perdute. Non sono scese le anse intestinali. Tampone di garza iodoformica foggiato a cilindro. Il pezzo viene conservato nel Museo di Anatomia Patologica anche per il suo valore storico, essendo la prima isterectomia fatta nell' Ospedale Maggiore. Riguardo al decorso successivo, è a notarsi nei primi tre giorni una lieve reazione febbrile, continuazione probabile del processo indicato a chiare note dall'esame *de visu* della piega peritoneale di Douglas fatto durante l'operazione, con vomito insistente, ostinatissimo che non cessò che alla fine della terza giornata, dopo aver resistito a tutti i mezzi messi in opera, e *soltanto dopo aver tolto il tampone iodoformico,* che venne sostituito con uno di garza al sublimato. Le urine davano manifesta la reazione dell' iodo. Dobbiamo noi considerare il vomito come un sintoma d' intossicazione iodoformica, o come un fenomeno riflesso dell'irritazione peritoneale già esistente, ed aggravata dalla presenza del tampone o come un prolungarsi eccezionale del vomito cloroformico? Il fatto dell'essere cessato appena tolto il tampone iodoformico, malgrado la sua sostituzione con uno di garza al sublimato, parrebbe rendere molto probabile la prima ipotesi. Ma perchè doveva allora il vomito cessare immediatamente, prima cioè che il iodoformio e i prodotti della sua decomposizione portati in circolo fossero eliminati? Il secondo tampone venne spinto molto meno in alto che non il primo e potrebbe quindi anche attribuirsi a tale fatto la

cessazione del vomito e giustificare così pure la seconda ipotesi. Ritornata la calma non offrì altro degno di nota. Lasciò l'Ospedale il 17 marzo completamente guarita.

OSSERVAZIONE II.

F... Maria d'anni 28, cuoca, entra nell'Ospedale il 17 marzo 1889, fu menstruata la prima volta ad undici anni, ebbe tre anni prima del suo ingresso un parto a termine strumentale. Il puerperio fu regolare. La madre sua morì per cancro. Il sintoma dominante è l'emorragia che appare solo da due mesi circa. L'utero è mobile, grosso e sferico, duro nel suo corpo, in lieve retroversione, il collo è breve, irregolare, duro, frastagliato. All'esame collo speculo esso appare quasi multilobato (parto strumentale) per solchi che lo dividono irregolarmente. Sul piano della mucosa ulcerata campeggiano piccoli nodi e sul labbro anteriore una escrescenza della grandezza di una nocciuola sanguinante facilmente. Nulla agli annessi. La sonda uterina misura 8 cm. Il giorno 21 si esportano dal collo pezzetti di tessuto nei punti più sospetti per l'esame istologico, che è fatto nel laboratorio anatomo-patologico dell'Ospedale e conferma in modo indubbio la diagnosi di carcinoma della porzione vaginale del collo. È praticata l'isterectomia il 1.° aprile. Non vennero esportate le ovaie, i fili delle legature riuniti in due fasci si lasciarono pendenti in vagina. Il 28 aprile è dimessa guarita dall'Ospedale. L'unico fatto degno di nota in questo caso si è l'emigrazione all'alto del tampone a foggia di cilindro messo dopo l'operazione. Esso arrivava col suo estremo inferiore alla vulva, il giorno 8, procedendosi alla sua estrazione, lo si trovò elevatissimo, quasi tutto contenuto nella breccia operatoria al disopra della incisione vaginale.

OSSERVAZIONE III.

I.... Marianna, d'anni 39, entra nell'Ospedale l'11 aprile 1889; fu menstruata la prima volta a 17 anni. Ebbe cinque parti a termine spontanei, l'ultimo quattro anni prima. Il secondo parto fu gemellare. Allattò quattro volte. I puerperii furono normali. Nulla di gentilizio. La presente malattia data apparentemente da un anno circa. Iniziò con scoli filanti, piuttosto fetenti accompagnati da perdite rosso-scure. Solo da quindici giorni accusava dolori alle reni. Il collo uterino è molto voluminoso, invaso tutto quanto fino ai limiti della vagina da una massa neoplastica irregolare, bernoccoluta, facilmente sanguinante, che si espande a guisa di un fungo. Il corpo uterino è pressochè raddoppiato di vo-

lume, mobile; liberi i parametrii esplorati coll' esame vaginale e rettale. Nutrizione generale ottima. La diagnosi di cancro della porzione vaginale s'imponeva per la sua evidenza. Venne praticata l'isterectomia il giorno 13 dello stesso mese. Si ebbe nella operazione un notevole prolasso di anse intestinali e delle ovaie che vennero esportate. I fili vennero tagliati corti. Poche ore dopo l'operazione si ebbe lieve perdita di sangue per cui si tolse il tampone onde esplorare il campo operatorio, ma non trovando alcun vaso sanguinante si rinnovò il tampone aggiungendo una fasciatura compressiva. Le guarigione non fu disturbata da alcun accidente. Fu dimessa il 13 maggio.

OSSERVAZIONE IV.

P.... Carolina, d'anni 50, lavorante in tabacchi, maritata, entrò nell'Ospedale il 19 aprile 1889. Nulla di gentilizio. Partorì dieci volte, otto parti furono a termine, uno abortivo, l'altro prematuro. Puerperii normali. Da quindici mesi alla leucorrea che la molestava da più anni si era sostituita una perdita sanguigna lieve ma continua. Nell'agosto dell'anno antecedente aveva avuto un attacco apoplettiforme al quale era conseguita una paresi degli arti superiori ed inferiori di destra, che era poi scomparsa del tutto. Un nuovo lieve attacco a cui residuò uno stiramento dell'angolo buccale di sinistra lo ebbe nel dicembre dello stesso anno. Al momento del suo ingresso la nutrizione generale era discreta, le funzioni digerenti e respiratorie buone. Ateroma diffuso centrale e periferico. Nessun segno degli attacchi apoplettici antecedenti tranne una paresi lieve nel dominio del facciale di destra. La porzione vaginale del collo presenta una ulcerazione irregolare che si estende alla volta vaginale di sinistra. L'utero è fisso nella sua zona cervicale a sinistra; cercando di abbassarlo mediante trazioni sulla pinza uncinata applicata sul collo, il lato destro si abbassa alquanto mentre quello sinistro si mantiene elevato. La vagina nella zona colpita è rigida, inestensibile, immobile. Non è colpito il segmento destro del cercine della porzione vaginale. Diagnosi: Epitelioma della porzione vaginale del collo, della vagina e del parametrio di sinistra. L'isterectomia viene praticata il 24 aprile. La volta vaginale è incisa circolarmente tranneché posteriormente ed a sinistra nella zona infiltrata. La porzione sopravaginale del collo è scollata avanti, a destra e posteriormente là dove la vagina non presentava infiltrazione. Legatura frazionata del legamento largo di destra, apertura dello spazio di Douglas, legatura pure a destra della tromba, del legamento rotondo, del legamento utero-ovarico. Incisione della piega peritoneale anteriore, legatura del legamento rotondo, della tromba, del legamento utero-ovarico di sinistra. L'utero rimaneva così attaccato

alla parete pelvica sinistra per la zona di vagina infiltrata e per il legamento largo pure infiltrato. La parte infiltrata si isola con una incisione praticando l'emostasi molto laboriosa, in parte con legature, in parte mediante l'applicazione di due pinze emostatiche che si lasciano a permanenza. Garza iodoformica in vagina. Il 26 vengono tolte le pinze e l'ammalata sta bene, è apiretica, le urine estratte col catetere abbondanti, normali. Alla mattina del 27 improvvisamente perde la favella, diventa inconsciente, la temperatura si abbassa a 36, il polso si fa piccolo, filiforme, innumerabile, le estremità inferiori sono algide, le pupille affatto inerti, lo sguardo spento segue però le persone che la circondano, nessuna perdita dalla vagina, levato il tampone non si scorge alcun gemizio di sangue dal campo operatorio. Gli assi oculari non presentano alcuna deviazione, abolita la sensibilità degli arti inferiori tanto di quello di destra quanto di quello di sinistra. Gli arti superiori conservano la eccitabilità riflessa, che è abolita in quelli inferiori. Nel rinnovamento della medicazione dà qualche segno di sofferenza. Presenta uno stiramento più marcato dell'angolo buccale di sinistra. Essendo imponenti i fenomeni di depressione delle funzioni circolatorie, si cerca di stimolarle con applicazioni calde, senapismi, iniezioni di etere, tintura di muschio. Verso sera il polso si rialza, gli arti inferiori sono più caldi, la coscienza comincia a ridestarsi. Nel giorno successivo si ripete lo stesso quadro, ma collo stesso trattamento si dissipano i fenomeni minacciosi di collasso. Il giorno 29 ha ripreso in parte la coscienza e mostra di comprendere bene le dimande, la lingua però si rifiuta ad articolare nettamente le parole. Gli arti di destra sono paralizzati di senso e di moto, le urine vengono emesse senza che ne abbia la coscienza. Lentamente si va poi riavendo dall' insulto apoplettico e il decorso post-operatorio è regolare. La parola resta però sempre impacciata, trascina l'arto di destra scopando il terreno e persiste l'enuresi. Che si tratti di perdita involontaria di urina dalle vie naturali lo dimostra ripetutamente un accurato esame.

OSSERVAZIONE V.

Lan.... Maria d'anni 35, fonditrice di caratteri, maritata da 12 anni, entra nell'Ospedale il 3 giugno 1889. È nullipara, da due mesi ha perdite sanguigne continuate. Nutrizione generale discreta, funzioni respiratorie, circolatorie normali. Numerose ghiandole linfatiche un po' ingrossate agli inguini. Utero in antilatero flessione destra, sinistro posto per retrazione della plica utero-sacrale sinistra. Collo grosso, irregolare, duro, orificio esterno beante, aspetto grossamente granuloso della mucosa cervicale visibile, dilatato il collo in modo da permettere l'esame diretto, la mucosa cervicale si rileva ineguale, vegetante, disseminata di piccoli

nodi e l'esame microscopico dei pezzetti esportati conferma la diagnosi di *carcinoma del canale cervicale.* Venne operata il 29 giugno, e l'utero esportato assieme ad un ovaio, i fili vennero lasciati lunghi in vagina. Nulla di speciale nel decorso successivo. Viene dimessa guarita il 1.° agosto.

OSSERVAZIONE VI.

Ca... Anna, d'anni 32, maritata, entra nell'Ospedale il 16 luglio 1889. Nullipara, soltanto da tre mesi, a suo dire, soffre di perdite sanguigne che sono seguite da perdite biancastre fetentissime. Da quindici giorni accusa anche fitte dolorosissime alla regione ipogastrica. Nutrizione generale discreta. Pelle e mucose pallide, funzioni respiratorie e circolatorie normali. Ghiandole inguinali. Collo uterino convertito in una vasta tumescenza irregolare, facilmente sanguinante, molto più estesa posteriormente che anteriormente ma che non invade ancora la volta vaginale. L'utero gode di una mobilità assai limitata. Isterectomia il 24 luglio. Nulla di speciale nel decorso post-operatorio. Vennero conservate le ovaie. Esce guarita il 24 agosto.

OSSERVAZIONE VII.

Lan. Rosa, d'anni 48, entra nell'Ospedale il 6 settembre 1889. Ebbe nove parti a termine. Da due anni è entrata nella menopausa, da un anno ha perdite sanguigne e perdite sierose simili a lavatura di carne, o perdite bianche odorose. Nutrizione generale buona. Utero mobile, collo uterino trasformato in una massa neoplastica irregolare a cavolfiore. facilmente sanguinante. Isterectomia il 12 settembre eseguita dal dott. Secchi, chirurgo aggiunto nel Comparto. Vennero conservate le ovaie. Decorso post-operatorio regolare. Venne dimessa guarita il 13 ottobre.

OSSERVAZIONE VIII.

Cop. Domenica, d'anni 42, maritata, entra nell'Ospedale il 17 ottobre. Ebbe 10 parti a termine regolari. Da un anno circa soffre di perdite sanguigne atipiche, ora scarse, ora abbondanti o alternate con perdite sporche graveolenti. Dolori non molto forti riferiti alla regione lombare. Utero poco mobile. Il collo è invaso tutto quanto fino al limite vaginale da una massa irregolare fungoide. Liberi i parametrii. Isterectomia, il 25 ottobre, viene esportato assieme all'utero un lembo circolare di vagina

di oltre un centimetro. Vennero conservate le ovaie. Nessun accidente operatorio; decorso successivo regolare. Viene dimessa guarita il 17 novembre.

OSSERVAZIONE IX.

Mar... Anna, d'anni 43, maritata, entrata nell'Ospedale il 14 ottobre. Ebbe una gravidanza a termine. Parto regolare, puerperio fisiologico. Da due mesi soltanto ha perdite sanguigne. Nutrizione generale discreta. Numerose ghiandole inguinali un po' tumide. Utero retroposto aumentato di volume nel corpo e nel collo, il quale è slabbrato, irregolare, il dito penetra nel canale cervicale che è cosparso fino all' orificio interno di grossi noduli. Un nodo ulcerato trovasi anche nella commessura di sinistra dell'orificio esterno. L'esame microscopico dei pezzetti esportati conferma l'esame di *carcinoma della mucosa cervicale.* L'isterectomia viene praticata il 30 ottobre. Incisa la volta vaginale, l'operazione procede laboriosamente per l'estrema friabilità del tessuto cervicale profondamente infiltrato nei suoi strati esteriori, per associazione alla forma cavitaria della forma parenchimatosa e per diffusione al parametrio di sinistra. Nessun accidente operatorio. Vennero conservate le ovaie. Pur mantenendosi apirettica, e non essendovi traccia di emorragia, il giorno successivo, presenta inquietudine, agitazione, qualche turba psichica e qualche aritmia di polso. Presentando le orine forte reazione iodica, si toglie il tampone di garza iodoformica e lo si sostituisce con uno di garza al sublimato. I fenomeni accennati scompaiono, il decorso successivo è regolare. Viene dimessa guarita il 27 novembre.

OSSERVAZIONE X.

V... Carolina, d'anni 60, entra nel comparto il 14 novembre 1889. Ebbe quattordici gravidanze di cui tredici condotte a termine con parti spontanei. Allattò tre volte. Dei puerperii uno solo fu patologico. Entrò nella menopausa a 45 anni. Nulla di gentilizio. Da circa un mese soltanto, soffre di emorragie. Vasta infiltrazione neoplastica del collo notevolmente ingrossato di volume e della volta vaginale posteriormente e ai lati; è duro, ispessito il legamento largo di sinistra. Uncinando il collo con una pinza e cercando di trarlo al basso, esso non discende che molto limitatamente col suo segmento anteriore, mentre il labbro posteriore e la zona corrispondente di vagina sono completamente fisse. Coll'esame rettale si avvertono molto tese ma non infiltrate le pliche utero-sacrali. Non si avvertono ghiandole tumefatte. Diagnosi. Carcinoma della porzione vaginale con diffusione alla vagina ed al cellulare para-

vaginale e paracervicale posteriormente ed ai lati. Isterectomia il 20 novembre. Si esporta una porzione notevole di vagina e si cade col tagliente in parti apparentemente sane. Guarigione.

OSSERVAZIONE XI.

B... Angela, d'anni 38, contadina, entra nell'Ospedale il 24 novembre 1889. Ebbe una sola gravidanza portata regolarmente a termine con parto fisiologico sedici anni prima. Da sei mesi è ammalata per perdite sanguigne pressochè continue e per forti dolori pelvici a carattere lancinante che si diffondono lungo la gamba destra. Non si palpano ghiandole linfatiche tumefatte. Vien fatto l'esame nella narcosi cloroformica. Il collo è voluminoso, duro, irregolare, bernoccoluto, ulcerato nella sua parte centrale. Il canale cervicale beante è occupato da numerosi nodi neoplastici ulcerati, facilmente sanguinanti. Un grosso nodo della grandezza di una piccola noce che parte dalla porzione sopracervicale sinistra del collo si inoltra nel legamento largo corrispondente rigido, inspessito. Gli annessi di destra sono liberi e così pure la vagina. L'utero gode di limitatissima mobilità. L'esame rettale conferma le condizioni esposte e non rileva infiltrazione di ghiandole pelviche. Isterectomia praticata il 29 novembre. L'operazione riuscì molto laboriosa per la infiltrazione dei parametrii e per la difficoltà di fare l'emostasi, sia colle pinze che colle legature al di là della zona infiltrata. Le legature riescono però ad ottenerla in modo completo. Vengono lasciate le ovaie.

Dopo l'operazione P. 120. T. 36.8.

30 novembre. Ebbe vomito ripetuto nella notte.

ore 8 ant. T. 37.8. P. 120
ore 4 pom. T. 38.2. P. 120
ore 8 pom. T. 38.2. P. 140.

Urine scarse estratte col catetere. Due iniezioni di etere. Nessuna perdita di sangue. 1 dicembre. Passò la notte inquietissima. Non ebbe più vomito. Senso di peso all'epigastrio. Urine scarsissime. È quasi afona. Non vi è iodio nelle urine. T. 38. P. 140. Si ripetono le iniezioni di etere, si fanno applicazioni calde alle estremità. Si leva il tampone per esaminare il campo operativo. Nessuna traccia di sangue. Anse intestinali che si scorgono all'alto della breccia intensamente iniettate. Si rinnova la medicazione con garza iodoformica. Dopo la medicazione avverte molto sollievo e un certo senso di benessere, il polso si rianima

notevolmente. Alla sera riprendono i fenomeni di collasso, il polso si fa piccolissimo mentre la temperatura sale a 38.7; soccombe a mezzanotte.

Diagnosi. Sepsi acutissima. La diagnosi era confermata indirettamente dal fatto che una puntura fattami nell'operare all'anulare sinistro era seguita rapidissimamente da un patereccio infettivo e da una linfoadenite estesa a tutto il braccio e preceduta da forti brividi di freddo nella notte stessa successiva alla operazione. Ad un dato punto della operazione si era prodotto inavvertitamente il capitombolo dell'utero e un po' di sanie cancerosa, uscita dal canale cervicale e dalla cavità del corpo, portata a contatto del peritoneo e del cellulare leso nella sua continuità fu causa probabile della sepsi acutissima. L'autopsia praticata col concorso del signor Prosettore conferma la diagnosi clinica. Nessuna lesione della vescica, degli ureteri, dell'intestino. Le anse intestinali presentavansi fortemente iperemiche, scarso meteorismo, sierosità torbida in piccola quantità nel peritoneo verso la fossa iliaca destra. Annessi uterini stretti efficacemente dalle legature, organi pelvici fortemente iperemici con depositi di fibrina e di pus.

OSSERVAZIONE XII.

P... M..., d'anni 30, pluripara, ebbe sei figli a termine di cui cessò di allattare l'ultimo nel settembre p. p. Soffre però dal giugno di emorragie. La porzione vaginale del collo, voluminosissima, è trasformata in una vasta produzione neoplastica che riempie il terzo superiore della vagina ed invade tutto all'ingiro la volta vaginale, in modo irregolare per il tratto di mezzo centimetro circa. La porzione sopra vaginale del collo è pure grossa, cilindrica; è mobile ma non abbassabile l'utero. Coll'esame vagino-addominale e rettale non si rileva infiltrazione dei parametrii. L'isterectomia è praticata il 15 dicembre. L'operazione dura 55 minuti e riesce laboriosa perchè non si riesce ad abbassare l'utero e perchè incisa la volta vaginale anteriormente si cade nel neoplasma che aveva invaso tutto lo spessore della parete cervicale e riesce difficile la separazione della vescica. L'operazione del resto non presenta incidenti. Le ovaie sono conservate. L'utero esportato presenta un volume notevole come nel terzo mese di gravidanza e incisa la sua parete anteriore si scorge come il neoplasma abbia già superato l'istmo uterino. In dodicesima giornata cominciò a sgocciolare un po' di urina dalla vagina, quantunque continuasse ad emettere spontaneamente urina in discreta quantità. L'urina che sgocciola dalla vagina proviene da una piccola apertura della parte alta della parete posteriore della vescica. La sede e la piccolezza della fistola spiegano come fosse sfuggita all'operatore, se pure non si può

ammettere che essa siasi formata più tardi per un processo di necrosi della parete vescicale stessa che così laboriosamente si era staccata dalla zona dell' utero, e, nella prima ipotesi, spiegano anche come passasse inosservata nei primi giorni in cui lo svuotamento della vescica era frequente e la piccola apertura restava forse occlusa per la pressione del tampone. L'urina non esce dalla vagina se non quando l'urina raggiunge in vescica un certo livello. L' operata è guarita e tutto lascia sperare una chiusura spontanea della piccola apertura fistolosa, che potrà ad ogni modo essere chiusa facilmente dall'arte.

La lesione della vescica non è infrequente poichè nella seconda serie di 38 casi operati da Leopold e riferiti da Münchmeyer, in un lavoro di cui dovremo occuparci in seguito, ne sono riferiti quattro casi. È certo che se il carcinoma è progredito non è il timore di una lesione della vescica che possa trattenerci dall'esportare tutto quanto è ammalato. Se l'operatore si accorge tosto della lesione, la sutura della breccia ed il catetere a permanenza conducono facilmente e rapidamente a guarigione. Ma la lesione può sfuggire anche all'occhio dell'operatore più diligente, se dei quattro casi accennati da Leopold in due non venne constatata che tardivamente.

Compendiate così le osservazioni, dobbiamo ora passare all' esame degli importanti problemi che riguardano la operabilità del cancro uterino mediante la isterectomia. E qui non intendo certo parlare di operabilità nello stretto senso della parola, nel senso cioè se il cancro dell' utero debba o non debba operarsi, poichè non si vedrebbe la ragione perchè tale organo dovesse fare eccezione alla legge accettata dai chirurghi per ogni organo, di estirpare il neoplasma qualunque sia la sua sede, se l'impresa è attuabile tecnicamente, operando quanto più presto è possibile e oltrepassando i limiti riconosciuti del male. Ma quali sono i limiti di questa operabilità, quale è il posto che deve occupare la isterectomia rispetto alle ablazioni parziali del viscere? Non tutti convengono nel concetto che l'esportazione totale dell' utero debba praticarsi ogniqualvolta è riconosciuta l' indole cancerosa del male sia pur questo limitato alla porzione vaginale del collo. E per converso alcuni non concedono che l' isterectomia debba praticarsi soltanto, quando in base ai criteri clinici almeno, si possa presumere che il neoplasma non abbia oltrepassato i limiti del viscere colla esportazione del quale noi intendiamo di operare con intenti radicali. Tre correnti si disegnano a tale riguardo. Alcuni in una serie di casi rinunciano alla isterectomia e pra-

ticano soltanto l'amputazione vaginale o sopravaginale del collo, mentre altri estendono la isterectomia a tutti i casi in cui è fatta la diagnosi di carcinoma uterino, ma di loro alcuni restringono le indicazioni della isterectomia ai casi in cui *clinicamente* è dimostrabile che il neoplasma non abbia oltrepassato i confini dell'utero e la respingono quindi quando il neoplasma abbia invaso la vagina, il setto rettovaginale, i legamenti larghi, la vescica, il retto, mentre altri invece spingono le indicazioni della isterectomia fino agli estremi limiti della possibilità tecnica e non s'arrestano neppure alla idea di attaccare anche il retto e la vescica (Mikulickz), che non sono organi essenziali alla vita.

Il Novaro nei casi da lui operati alcuni anni or sono e pubblicati dal Caponotto (1), si mostra nei fatti piuttosto propenso ad estendere le indicazioni della isterectomia, quantunque nelle considerazioni che precedono l'esposizione dei casi e in quelle che seguono i singoli casi tale tendenza ne venga piuttosto limitata. Il Caponotto scrive infatti (pag. 578): « che il clinico è sempre autorizzato ad operare, qualora non avendo « constatato colle sue indagini metastasi lontane, egli trovi di potere « estirpare tutto il tumore locale. » Ma subito soggiunge: « e questa « possibilità è dimostrata ed esiste quando l'utero sia libero a sufficienza « nei legamenti larghi e conservi molta parte della sua mobilità. »

Il Thiem in una seduta della sezione ginecologica della 61ª riunione tenutasi in Colonia dai medici e naturalisti tedeschi nel settembre 1888, ha esposte in modo completo le ragioni che secondo la sua opinione militano a favore di coloro che estendono le indicazioni della isterectomia ai casi così detti inoperabili e vorrebbe farne per detti casi quasi la più sicura e migliore cura palliativa (2). Secondo il Thiem, il numero stesso dei mezzi palliativi consigliati contro il carcinoma uterino cosidetto inoperabile ne indica già la inutilità nella gran maggioranza dei casi; difficilmente d'altronde le donne che ne sono affette si prestano ad una cura così continuata, quale si esige e che mal si potrebbe del resto praticare in una clinica ginecologica. Dopo la estirpazione totale il più

---

(1) *A. Caponotto.* Ventun casi di isterectomia totale eseguiti dal prof. Novaro. (Annali di Ostetricia e Ginecologia, ottobre 1884).

(2) *Thiem.* Beiträge zur Indicationstellung bei der vaginalen Totalextirpation des Uterus und zum Verlauf nach derselben so wie Mittheilungen über das Verhalten der Körperschleimhaut beim Krebs des Scheidentheiles. C. f. Gynaek. N. 47, 1888.

delle volte in 3-5 settimane si ottiene una cicatrice così solida, che la recidiva si manifesta sotto forma di nodi anzichè in forma di ulcerazioni, e le donne soccombono o a carcinomi secondarii di organi interni ovvero alla generale cachessia cancerosa e sfuggono a quel corteo di sintomi in rapporto colla icorizzazione delle masse neoplastiche esulcerate che fa sì, che, ai dolori delle infelici che ne sono colpite, si aggiunga il penoso sentimento che la casa è infestata dal fetore che tramandano e che esse costituiscono un peso per le persone che le circondano. Aggiungasi che sono tolti i dolori colici dovuti all'accumulo di materiali stagnanti nella cavità uterina ed infine si badi che non sempre è possibile distinguere inspessimenti dovuti a vecchi essudati parametritici da infiltrazioni neoplastiche. Ma, senza affermare recisamente col Fritsch, che l'operare in simili casi sia uno sport inumano, e facendo anche omaggio alle nobili intenzioni di chi cerca in qualche modo di lenire le sofferenze umane spingendo l'arte alle estreme audacie, è certo che non tutti gli argomenti sopraesposti sono accettabili. Che qualche volta il ginecologo rimanga dubbioso tra una infiltrazione neoplastica dei parametri ed un inspessimento dovuto a vecchi processi parametritici, sta bene, ed in simili casi è giustificato l'intervento. Ma la questione deve essere posta nei seguenti termini. Se il clinico ha il convincimento che si tratta invece di infiltrazione neoplastica dei parametrii, se sopratutto il retto e la vescica sono invasi, deve allora operare? Certo nella pratica non è possibile il tracciare confini recisi ed un tratto di vagina colpita od un nodo che dal margine uterino spingasi nel parametrio, ed un certo grado di resistenza inelastica alle trazioni non controindicheranno l'operazione, ma nei casi che si è convenuti di chiamare inoperabili perchè *manifestamente, evidentemente* l'affezione ha dilagato oltre i confini dell'utero, non è una operazione senza scopo il voler praticare l'isterectomia? Come si potranno determinare i limiti della infiltrazione se cellulare e più se retto e vescica sono invasi ed obbedire al precetto fondamentale di cadere col tagliente su parti sane? E operare colla speranza che la recidiva inevitabile a breve scadenza, se pure è esatto parlare di recidiva anzichè di continuazione di male, decorra meglio e con sintomi meno molesti non è forse un esporsi a dolorose illusioni? Il carcinoma invade rapidamente la vescica ed il retto e le angoscie fisiche e morali che attendono la paziente non sono certo minori. Il chirurgo ardito non sarà certo trattenuto dall'idea di esportare il retto o parte della vescica se praticando la isterectomia

constaterà la diffusione del neoplasma a tali organi. Poichè in tali casi le operazioni incomplete sono spesso più pericolose che le complete e l'audacia ottempera alla saggia norma fondamentale, non la contrasta, ma accingersi di deliberato proposito a praticarla quando è constatata una tale diffusione potrà parere ai più impresa meglio temeraria che audace. Ho operato tre volte in casi in cui i parametrii erano invasi e certo l'operazione è di gran lunga più laboriosa e più pericolosa. Da una parte abbiamo maggior pericolo di vita, dall'altra minore prospettiva di guarigione stabile. È a questo principio che dopo l'esperienza fatta cercherò di attenermi nella scelta dei casi, accingermi ad operare quando sia in me la convinzione clinica che il cellulare periuterino e perivaginale non sia invaso, fare un'operazione il più possibilmente completa quando tale convinzione sia dimostrata erronea nel corso dell'operazione. Mi affretto però ad aggiungere che i procedimenti operatorii messi in voga dalla Scuola Viennese (Kraske-Hochenegg, Wölfler) e mediante i quali si può aprire vasto accesso agli organi pelvici profondi, possono estendere notevolmente le indicazioni della isterectomia.

Tale limitazione della isterectomia, ai casi in cui il carcinoma non ha oltrepassato i confini dell'utero, ammessa dalla maggioranza dei ginecologi e basata su razionale fondamento, vorrebbesi da Schroeder e da altri estendere di molto nel senso che neppure in tutti i casi di carcinoma uterino mantenuto nei limiti accennati, sarebbe giustificata la isterectomia, ma in molti di essi avrebbe eguale valore curativo l'amputazione del collo, sopravaginale od infravaginale (Schroeder, Verneuil). A stabilire quindi la indicazione della isterectomia sarebbe per questi necessaria non solo la diagnosi della natura della lesione, ma anche il diagnostico della varietà e della estensione di questa. A chiarire meglio questo punto controverso è indispensabile fare una corsa nel campo dell'anatomia patologica del cancro uterino, onde raccogliere quegli elementi che possano importare allo studio della questione.

È per il chirurgo di poco interesse la discussione che tuttora appassiona gli istologi sulla unità o dualità d'origine del carcinoma, se cioè questo derivi sempre e unicamente dagli elementi epiteliali o si possa sviluppare anche a spese del tessuto connettivo. Ruge e Veit nel loro classico lavoro e così pure Cornil e Ranvier nel loro trattato di anatomia patologica, riconoscono la dualità d'origine, quantunque non sia a negarsi che la dottrina epiteliare del cancro goda di maggior favore. Dal punto

di vista istologico si distinguono tre varietà di cancro del collo, quello costituito da cellule pavimentose, quello costituito da cellule cilindriche o cilindro-cubiche e quello infine che si designa col nome di epitelioma atipico in cui le cellule non richiamano più la loro forma originale. Ma, nel momento attuale almeno, non sembra che il tipo istologico del carcinoma possa influenzare le determinazioni del clinico e modificarne il pronostico, il quale è forse più subordinato alla sede del neoplasma che non alla sua varietà istologica. Anche la distinzione, a seconda di criterii esteriori, facilmente determinabili clinicamente, del cancro del collo nelle tre forme ulcerosa, vegetante, infiltrata non ci illumina sul modo di evoluzione del cancro uterino e non ci dà alcun elemento per risolvere la questione se, quando il cancro è limitato, debba preferirsi la isterectomia ovvero l'ablazione parziale del viscere.

Più importante, a tale riguardo, è senza dubbio la classificazione dovuta alle ricerche ed ai lavori di Ruge, di Veit, di Schroeder, la quale è fondata sulla topografia del cancro al suo inizio, poichè il modo di propagarsi sarebbe diverso a seconda della sede iniziale. Non è inutile riassumere in questo luogo le conclusioni delle notevoli ricerche di Ruge e di Veit. Nel corpo, come nella cervice, come nella porzione vaginale del collo è facilmente riconoscibile l'origine ghiandolare del cancro secondo un tipo che presenta molte analogie. Il cancro d'origine connettivale non è stato da loro mai trovato nel corpo uterino, e se può presentarsi esso deve essere ad ogni modo molto raro, mentre occorse loro di frequente nella cervice e nella porzione vaginale. « Nelle tre « parti accennate dell'organo il carcinoma è nettamente così caratteriz- « zato: nel corpo diffusione periferica verso il peritoneo e più tardi « nodi secondarii nella cervice e nella vagina; nella cervice diffusione « periferica verso il cellulare parauterino e affezione relativamente pre- « coce delle ghiandole della mucosa; nella porzione vaginale diffusione « precipuamente verso la vagina e la parte inferiore del parametrio (1). » Lo Schroeder, e la sua divisione è accettata da Martin, basandosi sulle ricerche di Ruge e di Veit, distingue tre varietà del cancro del collo: il cancroide superficiale della porzione vaginale del collo, il carcinoma

---

(1) *C. Ruge und I. Veit.* « Der Krebs des Gebärmutter. » Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., VII Bd., 1 H., p. 218-219.

della mucosa cervicale ed il carcinoma del collo. Il Barraud (1) chiama *forma superficiale* la prima, *forma cavitaria* la seconda, *forma parenchimatosa* la terza. L'evoluzione ulteriore di queste forme offrirebbe differenze così caratteristiche specialmente riguardo alla propagazione loro alla vagina, all'utero, al cellulare pelvico, che secondo Schroeder e la sua scuola, potrebbero fondarsi razionali indicazioni operatorie su tale divisione.

La forma superficiale si manifesta al suo inizio o sul contorno dell'orificio esterno, sopra l'uno o sopra l'altro labbro o in corrispondenza di un cul di sacco vaginale, più frequentemente del posteriore. La mucosa cervicale, rivestita di un epitelio diverso istologicamente e funzionalmente, è rispettata a lungo; si tratta di una lesione più vaginale che uterina, la propagazione si fa a preferenza alla superficie esterna della porzione vaginale del collo e verso la vagina. Il tessuto cellulare perivaginale e pericervicale è invaso molte volte prima ancora che la propagazione alla mucosa cervicale sia avvenuta. L' anatomia patologica parrebbe indicare l'ablazione parziale del viscere.

La seconda forma incomincia nella cavità stessa del collo, è pur superficiale ma cavitaria, parte dalla regione sottogiacente all' epitelio cilindrico, invade rapidamente il corpo e quando si manifesta all'esterno può già avere devastato la regione dell' istmo e avere profondamente distrutto le pareti uterine ed invaso i parametri. Nella terza varietà abbiamo lo sviluppo sotto la mucosa, in apparenza normale e poco alterata, di nodi circoscritti, nodi, tuberosità carcinomatose del collo. Questi nodi ora hanno sede sotto la superficie esterna ora sotto la superficie interna della porzione vaginale, i nodi aumentano rapidamente di volume, si rammolliscono, si fondono, conducono all' ulcerazione all' esterno od all' interno della mucosa rimasta intatta fino allora, la infiltrazione si propaga rapidamente in tutti i sensi. In queste due forme l' anatomia patologica guiderebbe il clinico alla isterectomia, che sarebbe superflua nella prima delle varietà indicate. Questi dati fornitici dalle ricerche di Ruge e di Veit, possono servire a stabilire indicazioni comparative dei differenti metodi operatorii? Queste forme anatomicamente così diverse

---

(1) *Maurice Barraud.* « Hysterectomie vaginale totale ou partielle dans le cancer du col de l'utérus. » Paris, 1889.

al loro inizio lo sono anche clinicamente e sono esse suscettibili di trattamento operativo diverso? L'utero affetto da cancro può essere esportato totalmente o parzialmente per via addominale o per via vaginale. Nel primo caso noi possiamo praticare l'operazione di Freund, ovvero l'amputazione sopravaginale del corpo uterino. Nel secondo caso possiamo praticare l'isterectomia vaginale, ovvero l'amputazione sopravaginale (alta) del collo, ovvero l' amputazione infravaginale. Schroeder fu il primo a porre la questione in quale misura si ottenga la guarigione radicale coi diversi metodi operatorii accennati, e quali di essi sia a preferirsi nei singoli casi per raggiungere tale intento (1). Colla sua consueta chiarezza egli stabilisce la base della dottrina che verrà poi sostenuta nel suo punto principale in una serie di lavori della sua scuola. Nel carcinoma del corpo uterino non ancora diffuso alla cervice, egli preferisce l' amputazione del corpo per via laparotomica, che se una parte della cervice è invasa nel carcinoma primario del corpo, ovvero una parte di questo è invasa nel carcinoma primario della cervice, stanno di fronte l'esportazione totale per via laparotomica e l'esportazione totale per via vaginale, ma questa per ovvie ragioni deve preferirsi alla prima. Nel cancroide della porzione vaginale che quasi mai invade la cervice, può bastare l'escisione sopravaginale del collo, nel carcinoma della parete cervicale solo quando si può distintamente sentire che il corpo uterino è molle e non ingrossato. Che se il cancro è partito dalla mucosa cervicale, il meglio è forse estirpare l'intiero utero in ogni caso.

Tre anni più tardi, nel 1884, Hofmeier raggruppa numerosi fatti clinici secondo la divisione anatomica stabilita da Ruge, Veit, Schroeder, cancro della porzione vaginale, cancro della mucosa cervicale, cancro del corpo uterino e ricerca sulla base di ampio materiale se alle differenze anatomiche corrispondano differenze cliniche, e indaga se alla diversità della forma anatomica e clinica, debba corrispondere un diverso trattamento operativo e una maggiore o minore tendenza alla recidiva (2). Sotto la denominazione di carcinoma della porzione vaginale (Karcinom

---

(1) *K. Schroeder*. « Ueber die theilweise u. vollständige Ausschneidung der Carcin. Gebärm. » Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., VI Bd., 2 H.

(2) *Hofmeier*. « Zur Statistik des Gebärmutterkrebs u. seiner operat. Behandlung. » Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., X Bd., 2 H.

der Portio), egli riunì quindi tutti i casi, nei quali il neoplasma incomincia o sotto forma di tumori papillari o sotto forma di ulcerazioni sulla superficie visibile della porzione vaginale con poca tendenza a diffondersi alla cervice e con notevole tendenza a propagarsi invece alla volta vaginale, forme che il Gusserow designa come « cancroidi » e C. Braun in parte come *carcinoma papillare* ed in parte come *carcinoma ulceroso.* Nella seconda classe comprese i casi di carcinoma della mucosa cervicale, essendochè gli occorsero pochissimi casi di quelle forme che incominciano sotto forma di nodi nel tessuto cervicale e crescendo si aprono o verso la cervice o verso la porzione vaginale. Una classe ben distinta dalle precedenti è formata dai carcinomi del corpo uterino. Utilizzando il ricco materiale della clinica di Schroeder e della policlinica dal 1° aprile 1876 al 1° gennaio 1884 e distribuendolo secondo i concetti sopra accennati, egli trovò che di 812 carcinomi, 236 spettavano alla porzione vaginale, 181 alla cervice, 28 al corpo: in 367 il punto di partenza non era determinabile.

Ad illustrare meglio clinicamente le tre varietà di carcinoma sopraccennate, oltre che il rapporto di frequenza già indicato dalle cifre indicate, non sarà inutile aggiungere altri dati statistici che si desumono dalle ricerche di Hofmeier. Per i casi di carcinoma della porzione vaginale l'età media delle ammalate fu di 42 anni ed il numero medio dei parti 6.0. Fra esse si trovarono 7 nullipare e 33 che avevano partorito una sola volta, la più giovane aveva 26 anni, la più vecchia 63, la sola che superasse i 60 anni. Per le ammalate di carcinoma della cervice, l'età media fu di 47 anni, il numero medio dei parti 6,5, fra esse vi furono 4 nullipare e 23 gravide una sol volta. Se vi ha quindi una lieve differenza nel numero dei parti tra quelle della prima e della seconda categoria, havvene una considerevole riguardo all'età, rilevata non solo dalla media che si eleva di cinque anni per le ammalate della seconda categoria ma resa più manifesta dall'esame dei singoli numeri di anni. Così, delle prime vi furono 17 ammalate al disotto di 30 anni e 84 al disotto di 40, delle seconde soltanto 3 al disotto di 30 e 34 al disotto di 40. Delle prime solo 34 e delle seconde 66 superavano i 50 anni; delle prime una sola oltrepassava i 60 anni, delle seconde invece 20. Fra queste, due avevano 73 e due 79 anni. Siccome la seconda varietà quasi mai conduce a produzioni neoplastiche considerevoli, ma quasi sempre a processi ulcerativi, così si osservano in essa di rado la

profusa emorragia, la secrezione abbondante, l'icorizzazione che accompagnano così di spesso le produzioni papillomatose della porzione vaginale.

Riguardo al carcinoma del corpo le ricerche di Hofmeier confermano quelle di Gusserow e di Pichot: esso ha una decisa predilezione per l'età più avanzata. L'età media delle ammalate fu di 54.5; 2 di esse avevano da 30 a 40 anni, 3 da 40 a 50, 15 da 50 a 60, 6 da 60 a 70, per due l'età era sconosciuta. In modo affatto diverso si comporta la frequenza dei parti. Delle 28 ammalate, 6, cioè il 21 0[0 erano nullipare, mentre delle 417 ammalate affette da carcinoma della porzione vaginale o della cervice solo 11 erano nullipare, vale a dire il 2.50 [0. E delle donne che avevano partorito, il numero medio dei parti era solo di 3.6. Per quest'ultimo riguardo il carcinoma del corpo si comporta quindi come il mioma e si differenzia essenzialmente da quello della porzione vaginale e della cervice.

Dei casi accennati vennero operati 160 con intenti di cura radicale vale a dire il 19 0[0, procento molto debole, se lo confrontiamo con quello dei carcinomi in genere, poichè secondo un rendiconto di Winiwater, nella clinica di Billroth sopra 548 carcinomi ne vennero operati 448 ossia 82 0[0. Dei 236 carcinomi della porzione vaginale vennero operati 104 ossia il 44 0[0, delle 131 ammalate di carcinoma cervicale soltanto 39 ossia il 30 0[0, delle 28 ammalate di carcinoma del corpo 14 ossia il 50 0[0. In causa del carcinoma della porzione vaginale vennero praticate 96 amputazioni vaginali e sopravaginali e 8 estirpazioni totali. Dei 39 casi di carcinoma della cervice 9 furono operate mediante l'amputazione sopravaginale e 30 mediante l'ablazione totale, delle quali 6 per via addominale. Dei 17 casi di carcinoma del corpo, computando fra essi 3 di sarcoma, 13 volte fu praticata l'amputazione sopravaginale del corpo e 4 volte l'isterectomia, di cui 2 col metodo di Freund. Riguardo alla mortalità rispettiva dei singoli atti operativi, essa può essere riassunta nella seguente tabella:

Metodo operatorio.	Num. delle operate	Morte	Mortalità
Amputazione del collo	105	13	12.3 0[0
Operazione di Freund	8	5	62 0[0
Isterectomia vaginale	34	9	26 0[0
Amputazione sopravaginale del corpo	13	4	30 0[0

A determinare il procento delle recidive Hofmeier tenne calcolo soltanto di quei casi che erano stati operati fino a due anni indietro. Ne riassumo le ricerche in questa tabella:

Metodo operatorio	Operate	Morte	Destino delle sopravissute
Amputazione per via addominale del corpo uterino	7	2	di una ignoto, le altre 4 sane dopo 2 1[2 a 5 anni (80 0[0).
Operazione di Freund	8	5	in due pronta recidiva, nella terza dopo 2 1[2 anni (33 0[0).
Isterectomia vaginale	12	3	in 6 recidiva entro i primi due anni 33 0[0, 3 rimanevano sane trascorso tale periodo.
Amputazione vaginale e sopravaginale del collo	52	5	15 sane ancora dopo due anni 32 0[0: in 22 (47 0[0) recidiva, si usa in detto periodo di tempo, in 10 ossia 21.3 0[0 risultato incerto.

Secondo i lavori della scuola di Berlino dovrebbero dunque essere fissate nosologicamente tre varietà di carcinoma distinte per caratteri anatomici e clinici: il carcinoma della porzione vaginale, il carcinoma cervicale (compresavi la forma cavitaria e quella parenchimatosa) il carcinoma del corpo. Per l'importanza dell'argomento credo utile riassumerli nel seguente specchietto:

Carcinoma della porzione vaginale: si osserva in età meno avanzata (età media 42 anni) a preferenza in donne molto pluripare (media dei parti 6) ha poca tendenza a diffondersi in alto, spiccata tendenza a diffondersi verso la volta vaginale e presentano maggiore probabilità di cadere sotto l'osservazione del clinico quando è possibile un'operazione con intenti radicali, che non il carcinoma cervicale ma meno che non quello del corpo (44 0[0): l'amputazione vaginale e sopravaginale meno pericolose della isterectomia possono essere praticate con singolare frequenza, assicurando lo stesso procento di mancate recidive.

Carcinoma cervicale: colpisce donne più attempate che non la forma precedente (età media 47) e con eguale o lievemente maggiore predilezione le multipare (media dei parti 6.5). Si diffonde facilmente all'alto e ai parametrii prima ancora che all'orificio esterno, si prestano con

minor frequenza alle operazioni con intenti radicali (30 0[0): l'isterectomia trova il suo campo più esteso di indicazioni.

Carcinoma del corpo: colpisce con predilezione le donne molto attempate (età media 54.5), quelle nullipare (21 0[0) o quelle poco pluripare (numero medio dei parti fra quelle che hanno partorito 3.6), danno un alto procento (50 0[0) di casi operabili con intenti radicali. Possono essere indicate a seconda dei casi l'amputazione sopravaginale del corpo, l'isterectomia per via addominale o vaginale.

Lo Schroeder nel suo trattato (6ª edizione) accentua le indicazioni operatorie che ne verrebbero dallo studio anatomico-clinico delle varietà accennate, fra cui a noi importa per la soluzione del problema presentato, tener calcolo soltanto della prima e della seconda, poichè, riguardo al carcinoma del corpo tutti convengono nei seguenti principii: se l'utero non è così voluminoso da controindicare l'isterectomia vaginale, questa è a preferirsi; altrimenti sarà indicata l'amputazione addominale del corpo uterino quando la cervice non è colpita, ovvero la esportazione totale per via laprotomica se anche il collo è invaso dal neoplasma. Per Schroeder, nel cancro della porzione vaginale, basta l'amputazione vaginale o sopravaginale del collo, nel carcinoma cervicale è necessaria l'isterectomia e solo eccezionalmente potrà bastare l'amputazione alta del collo. Poichè dunque nei casi di carcinoma della cervice, sia in quello della mucosa che nella varietà parenchimatosa, tutti sono d'accordo sulla necessità di praticare l'isterectomia, il problema è così messo nei termini più semplici. Nel cancro della porzione vaginale del collo dobbiamo noi attenerci per regola alla isterectomia ovvero all'amputazione del collo? Nel 1886 Hofmeier torna a sostenere l'ablazione parziale nei casi di cancro della porzione vaginale del collo e porta in campo nuovi e più numerosi dati a favore di questa tesi in un lavoro letto il 23 settembre nella sezione ginecologica della 59ª Riunione dei naturalisti tedeschi (1). Egli utilizza a tale scopo il materiale della clinica di Schroeder dal 1 ottobre 1878 al 1 ottobre 1886 limitando le sue ricerche al carcinoma del collo. In tale periodo di tempo vennero praticate 136 operazioni parziali, amputazione vaginale e sopravaginale, con 10 casi di morte

(1) « Ueber die endgültige Heilung des Carcin. cervic. uteri durch die Operation. » Zeitsch. f. Geb. u. Gynaek. XIII Bd. 2 H.

ossia il 7.4 0[0, e 74 isterectomie vaginali con 12 casi di morte ossia il 16.2 0[0. Per quanto riguarda però lo studio dei risultati lontani, egli non tiene calcolo dei casi operati nell'ultimo anno, deducendo i quali restano 114 casi di operazioni parziali, e 46 casi di isterectomia vaginale. Della prima serie, 10 furono seguiti da morte per il fatto della operazione, una pure da morte per nefrite, di altre sette non si riuscì a raccogliere notizie ulteriori. Delle 46 operate di isterectomia nello stesso periodo di tempo 12 soccombettero all'operazione, di una non si riuscì a conoscere l'ulteriore destino. Per le 96 superstiti della prima serie e per le 33 sopravvissute della seconda, delle quali fu possibile avere ulteriori notizie, la seguente tabella ci dà la durata della guarigione dal 1 ottobre 1878 al 1 ottobre 1885:

	N. delle operazioni		recidive	Procento di donne in cui non si ebbe recidiva	
Dopo un anno	parziali	96	47	51.0 0[0	totale 53.6 0[0
	totali	33	13	63.6 0[0	
» due anni	parziali	84	46	46.0 0[0	» 40 0[0
	totali	29	22	24.1 0[0	
» tre anni	parziali	57	33	42.0 0[0	» 37.5 0[0
	totali	23	17	26.0 0[0	
» quattro anni	parziali	46	27	41.3 0[0	» 33.3 0[0
	totali	11	11	0 0[0	

Il per cento di guarigioni è del 53.6 0[0 dopo un anno, discende dopo quattro anni al 33 0[0 e questa diminuzione è causata essenzialmente dal fatto delle tardive recidive dopo la estirpazione totale, il cui per cento di guarigioni dal 63.6 dopo il primo anno, discende a zero, dopo quattro anni, mentre quello delle operazioni parziali da 51.0 0[0 non discende che a 41.3 dopo quattro anni, per cui, per il carcinoma della porzione vaginale al quale vennero specialmente applicate le operazioni parziali può essere, secondo Hofmeier, giustificata la proposizione *che tali ammalate sono poco esposte alla recidiva quando sia trascorso un anno senza che si manifestino fenomeni locali sospetti.* È a notarsi poi che nei casi tardivi di recidiva, l'utero è rimasto sano e il neoplasma si diffuse nel cellulare pelvico o negli organi vicini. Quali siano le conclusioni che si possano trarre dal lavoro che io ho riassunto, è facile vederlo e l'autore le lascia intravedere con parola prudente e misurata. « A bello studio »

egli scrive (l. c. p. 383-84) « io evito di approfondire la questione se per « avventura l'isterectomia vaginale possa essere l'unica operazione giu- « stificata, come da molte parti viene affermato. Mi limito a mettere in « sodo che noi procedendo secondo i principii più volte enunciati, ab- « biamo ottenuto risultati che sinora si consideravano come non raggiun- « gibili. Può bensì andar mano mano scomparendo la differenza fra « l'una e l'altra operazione, può essere indifferente per la pratica (il che « io non credo) che ad una donna si esporti l'intiero utero o il solo « collo; scientificamente non sarà inutile lo stabilire che certe forme di « cancro fino ad un certo tempo costituiscono un male puramente locale « e che può essere rimosso con una operazione locale. *Concederò che il » mio punto di vista non è giusto, solo allorquando da un egual numero « di isterectomie si conseguiranno risultati migliori dei nostri.* Chè se « fossero anche egualmente buoni, il vantaggio sarebbe dalla nostra « parte. »

Il Pawlick (1) riferendo sui risultati ottenuti alla clinica di C. Braun, aveva già prima portato in campo cifre che dimostrerebbero la relativa benignità del cancro della porzione vaginale. Di 136 casi operati 10 furono seguiti da morte, 16 lasciarono la clinica non guariti; delle altre 110 guarite, 32 morirono più tardi e di queste solo 16 sicuramente per recidiva, 22 presentarono recidiva, di 22 non si riuscì ad avere notizie ulteriori. Delle altre 33, erano sane:

1	dopo	19 1[2	anni
2	»	12	»
3	»	8	»
3	»	7	»
3	»	5	»
2	»	4	»
5	»	3	»
7	»	2	»
1	»	1	»

Il Gusserow, il quale anche nella 2ª edizione della *Enciclopedia ginecologica germanica,* scrisse il capitolo dedicato allo studio del cancro uterino, riguardo alla terapia chirurgica del cancro della porzione vagi-

(1) Behandlung der Uteruscarcinome. Wien, 1882.

nale, così si esprime (1): « Riguardo al modo di comportarsi, quando « l'affezione cancerosa è limitata alla porzione vaginale, non si possono « dare regole precise in base alle osservazioni esistenti. Se l'affezione ha « colpito soltanto la porzione vaginale e non ha ancora invaso la volta va- « ginale, il meglio sarebbe ancora di praticare l'amputazione intravagi- « nale coll'ansa galvanica o col coltello coll'impiego del *ferrum candens,* « procedimento, che non è pericoloso per la vita e protegge in alto « grado contro la recidiva. Se ciò non è possibile, non havvi che la scelta « tra l'amputazione alta del collo (Schroeder) e l'isterectomia vaginale. « La prima operazione è senza dubbio meno pericolosa, ma che essa « difenda dalla recidiva in egual misura della isterectomia non potrebbe « essere deciso che da una lunga serie di nuove osservazioni protratte « per molti anni. *Intanto si deve tener presente la circostanza che è so-* « *vente estremamente difficile il decidere di quanto si sia diffusa in alto* « *l'infiltrazione neoplastica* e quindi la estirpazione totale dovrebbe dare « maggiori garanzie contro la recidiva che non l'amputazione alta del « collo. Spiacevole esperienza fatta in questi ultimi tempi, mi ha fatto « preferire più di frequente in simili casi dubbiosi la estirpazione totale « e quanto meno pericolosa diventerà questa, tanto più sarà da rifiutarsi « l'amputazione alta. »

La questione, se nel carcinoma del collo debba preferirsi l'amputazione del collo o la isterectomia provocò, nel 1888, anche nella Società di chirurgia di Parigi una animata ed interessante discussione suscitata da una comunicazione di Verneuil ed alla quale presero parte quasi tutti coloro che in Francia si erano occupati di tale argomento (2). Secondo Verneuil sarebbe naturalmente tracciata la sfera di applicazione dei due metodi, che avrebbero le loro indicazioni precise e cesserebbero di essere rivali. Se il cancro è limitato al collo è sufficiente l'ablazione parziale, mentre si deve ricorrere alla isterectomia quando il corpo è invaso in modo primario o secondario. Verneuil riferisce due serie di casi in cui egli praticò l'ablazione del collo per cancro, una di diciasette casi ed una di cinque. Egli somma i mesi decorsi dalla operazione sino al-

---

(1) Handbuch der Frauenkrankh. II Bd., pag. 238, 1886.

(2) *Verneuil.* « De l'amputation partielle du col dans le traitement du cancer de l'utérus. » Discussion. Société de chirurgie de Paris. Séances du 17, du 24, du 31 octobre, du 7, du 21, du 28 novembre, du 5 décembre. « Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris. » Tome XIV, 1888.

l'epoca della morte ovvero al momento in cui l'operata fu perduta di vista, ovvero al giorno in cui venne pubblicato il lavoro e calcola la sopravvivenza media per ciascuna operata. Tale sopravvivenza sarebbe di 23 mesi per la prima serie, di 29 per la seconda. Per la isterectomia la sopravvivenza non sarebbe stata che di cinque mesi e mezzo, ma la statistica è limitata a quattro casi, di cui uno seguito da morte in terza giornata e computato nel calcolo e certo farà a molti meraviglia che da così scarsi fatti si sieno volute trarre conclusioni così recise, quantunque il Verneuil confessi alla fine di aver scritto la sua memoria piuttosto per difendere l'isterectomia parziale che per attaccare quella totale. I migliori chirurghi presero successivamente la parola esponendo i risultati della loro esperienza personale e tutte le opinioni vi furono espresse, da quella di Després, il quale sostenne che tutte le operazioni dirette contro il cancro uterino sono assolutamente inutili, si tratti di operazioni limitate al collo o di operazioni complete, a quella compendiata da Pozzi con frase incisiva che più il cancro è limitato più l'operazione deve essere estesa. — La maggior parte però, Bouilly, Pozzi, Richelot, Trelat, Terrier, Regnier, si dichiarò piuttosto favorevole alla isterectomia. I fatti portati, alla tribuna vennero riassunti da Verneuil, nel suo rispondere ai diversi oratori, nel seguente quadro che ci dà buona parte della statistica francese fino a quel memorabile dibattito:

Nome dell'operatore	Numero dei casi	morti operatorie	recidive e morte	recidive e viventi	guarigioni provvisorie
Bouilly	29	7	8	5	9
Richelot	24	9	2	6	7
Terrier	21	4	11	1	5
Alfred Marchand	7	4	2	—	1
Polaillon	6	2	—	4	—
Pozzi	6	1	3	—	2
Kirmisson	3	2	1	—	—
Trelat	3	1	1	—	1
Monod	2	—	2	—	—
Gérard Marchand	2	—	1	1	—
Segond	2	2	—	—	—
Perier	1	1	—	—	—
Schwartz	1	—	—	1	—
Berger	2	2	—	—	—
Totale N.	109	35	31	18	25

In quattro anni circa a Parigi si è dunque impegnata la lotta per la cura radicale 109 volte; la battaglia, secondo l'espressione di Verneuil, è già stata persa o sta per essere persa inevitabilmente 84 volte, 33 volte al primo urto, 31 volte dopo una resistenza bentosto vinta, 18 volte in un avvenire più o meno vicino. Delle 25 guarigioni provvisorie e possibili, 2 solamente hanno oltrepassato il 3° anno, 3 soltanto il secondo, 8 il primo, mentre 12 non contano ancora un anno al loro attivo.

Ho citato sinora quasi esclusivamente fatti, cifre, opinioni favorevoli all'ablazione del collo nei casi di carcinoma, limitati alla porzione vaginale, mentre non ho fatto che un rapido accenno a fatti, a cifre, ad opinioni contrarie, per cui, anche in simili casi, dovrebbe preferirsi, pure secondo il mio avviso, la isterectomia. Prima però di farlo, è necessario aggiungere come la tanto dibattuta questione siasi cercata di risolvere mediante nuovi criteri ed elementi apportati dalla indagine istologica nel campo di questa discussione. Carlo Abel (1) fu il primo a richiamare l'attenzione degli istologi e dei clinici su speciali alterazioni della mucosa del corpo uterino nei casi di carcinoma della porzione vaginale del collo, alterazioni le quali fornirebbero la giustificazione anatomo-patologica della isterectomia anche nei casi accennati. Egli sottopose ad esame microscopico la mucosa del corpo uterino in sette casi che Landau aveva operato di isterectomia. In un caso si trattava di carcinoma della cervice, in sei di carcinoma della porzione vaginale, nei quali era ben conservato il limite dell'orificio interno. In tutti i casi la mucosa del corpo era in alto grado alterata mentre quella della cervice relativamente poco. La natura dell'alterazione è designata in tre casi come una degenerazione sarcomatosa e più precisamente, in un caso, come sarcoma a cellule rotonde e negli altri due come sarcoma a cellule fusiformi. Degli altri quattro casi, in due si trattava verosimilmente di uno stadio iniziale di formazione sarcomatosa, mentre negli altri due si avevano soltanto alterazioni infiammatorie che interessavano soltanto il tessuto ghiandolare e infraghiandolare senza tracce di neoformazione. Abel riconosce la difficoltà della spiegazione di un tale reperto. Non crede si trattasse nei suoi casi di una forma di tumore misto, di sarcoma e di carcinoma come la descrive Virchow nel suo classico trattato, perchè parla contro tale

(1) « Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio. » (Archiv. f. Gynaek. XXXII Bd., 2 H).

ipotesi la separazione della zona carcinomatosa e della zona sarcomatosa per mezzo di una striscia di tessuto sano. Egli è propenso a considerare entrambe le neoplasie come dovute ad un unico processo (als ein einheitliches Process). Come i bacilli tubercolari, nella pelle e nei polmoni, danno origine ad affezioni molto diverse, così si può pensare, scrive Abel, che lo stesso agente dia origine ad un carcinoma nella mucosa della porzione vaginale, ad un sarcoma in quella del corpo.

Nel secondo congresso dei ginecologi tedeschi tenutosi ad Halle, dal 24 al 26 maggio 1888, Eckart (1) si levò contro le conclusioni del lavoro di Abel, fondandosi sugli esami fatti su dieci uteri esportati da Kaltenbach. Egli ammette però che la mucosa del corpo uterino subisca alterazioni notevoli, specialmente nell'elemento ghiandolare, ma le ritiene di natura infiammatoria (endometritis glandularis). È degno di nota come egli ritenga che l'emorragia non sia tutta dovuta alla neoplasia, ma in parte anche all'alterazione profonda della mucosa del corpo, e come in dieci casi abbia trovato tre volte piccoli miomi.

La questione venne anche brevemente discussa nella sezione ginecologica del congresso dei medici e dei naturalisti tedeschi, tenutosi in Colonia nel settembre successivo, discussione nella quale Thiem (2) portò un nuovo contributo di cinque casi, nei quali rinvenne, nella mucosa del corpo, alterazioni profonde che egli considera pure come spettanti alla *endometritis glandularis hyperplastica.* Anche Fränkel (3), si accorda con Abel riguardo al fatto fondamentale, alterazione profonda dell'endometrio, ma ne dissente sulla interpretazione. Egli si dimanda se detta alterazione sia primaria o secondaria, senzachè nello stato attuale della scienza sia possibile dare una risposta, ed infine quantunque non riconosca, nelle alterazioni istologiche accennate, un' affezione d' indole maligna, pure, rispetto alla questione pratica che riguarda il trattamento operativo del carcinoma uterino, si mette completamente dal punto di vista di Landau e preferisce la estirpazione totale all'amputazione sopravaginale.

Più ampia discussione sull' argomento venne fatta nella seduta del 13 luglio 1888, nella società ostetrica ginecologica di Berlino, in seguito

---

(1) C. f. G., N. 26, 1888.

(2) Archiv. f. Gynaek. XXXIII Bd., 2 H., p. 319.

(3) « Ueber die Veränderungen des Endometrium bei Carcinoma cervicis uteri. » (Archiv. f. Gynaek. XXXIII Bd., 1 H).

ad una comunicazione di Saurenhaus (1), il quale si accostava alla opinione espressa da Eckardt e da Fränkel. Ma mentre Landau portava nuovi fatti a sostegno della tesi di Abel, invece Orthmann, Olshausen, Veit e Ruge, ne adducevano per dimostrare che le alterazioni, dimostrate da Abel, non erano che di natura infiammatoria. Ognuno comprende la grande importanza pratica del problema sollevato da tali ricerche, per cui mi sarà concesso di completare l'esposizione di tale argomento coll'accennare a due nuovi lavori coi quali Abel e Landau, dopo la discussione sopra accennata, tornarono a sostenere la natura sarcomatosa delle alterazioni da essi riscontrate (2). Nel primo non sono esposte che brevi considerazioni critiche, sulle quali possiamo sorvolare per non intrattenerci che del secondo dei lavori indicati. In questo porta il contributo di 14 nuovi casi, in cui venne praticato l'esame istologico della mucosa del corpo ed i cui risultati favorevoli al concetto da loro espresso vennero confermati dall'autorevole giudizio di Waldeyer. Immediatamente dopo l'operazione, l'utero veniva aperto con taglio frontale e indurito in alcool assoluto. Le sezioni venivano poste parte in gelatina di glicerina, parte in celloidina e colorate secondo i metodi conosciuti colla ematossilina, col picrolitiocarminio, colla safranina. Vennero esaminate anche non colorate nella glicerina. Nè si limitano a questo gli autori, ma facendo una rapida corsa nel campo dell'anatomia patologica, dimostrano come per nulla ripugni l'ammettere che accanto a lesioni cancerose del collo, coesistano alterazioni sarcomatose della mucosa del corpo. Riassumendo le loro ricerche e i loro studii, essi considerano ormai come assodato il fatto che, nel carcinoma della porzione vaginale, la mucosa del corpo sia considerevolmente alterata e così proseguono: « Tali alterazioni profonde si mostrano non soltanto sotto « forma di infiammazione cronica, ma anche sotto forma di alterazioni « indubbiamente cancerose. Finalmente in una serie di preparati abbiamo « trovato certe forme di struttura che ogni anatomo-patologo indicherebbe « col nome di sarcoma. È riuscita ostica l'indicazione di sarcoma perchè « si partì dall'idea erronea che noi avessimo annesso a tale indicazione

---

(1) Zeitschrift f. Geb. u. Gynaek. XVI Bd., 1 H.

(2) *Landau u. Abel.* « Beiträge zur pathologischen Anatomie des Endometrium. » (Archiv. f. Gynaek. XXXIV Bd., 2 H), 1889. — *Abel u. Landau.* « Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio vaginalis (1889, Archiv. f. Gynaek. XXX Bd., 2 H).

« un concetto clinico, il che non è esatto. Noi, prima come ora, stabiliamo
« una diagnosi microscopica corrispondente alla struttura anatomica ed
« è soltanto a titolo di congettura clinica che noi esprimiamo l'opinione
« che in questo sarcoma del corpo si possa scorgere uno stadio prepa-
« ratorio della metastasi carcinomatosa. I corollari clinici che si deducono
« dai nostri reperti sono evidenti. Nella incertezza assoluta in cui ci
« troviamo di sapere come in un dato caso di carcinoma della porzione
« vaginale si comporti la mucosa del corpo, una volta constatato con
« sicurezza il cancro della porzione vaginale, non dovremo, razionalmente,
« accontentarci dell'amputazione alta ma esportare l'organo in totalità. »

Gli esami fatti negli uteri da me esportati, mi hanno lasciato alquanto perplesso nel decidere l'ardua questione che verrà nuovamente trattata da altri sulla base del materiale qui raccolto e su quello che si andrà raccogliendo. Ma indipendentemente dal modo con cui sarà risolto il problema istologico, sulla cui grandissima importanza è inutile insistere, altri argomenti, desunti dalla clinica e dai principii generali della patologia chirurgica, mi hanno schierato fra i partigiani della isterectomia anche nel carcinoma della porzione vaginale del collo. Le nostre cognizioni sull' anatomia patologica del cancro uterino, malgrado i pregevoli lavori pubblicati in buon numero, non sono ancora definitivamente fissate, e le incertezze sulla estensione e i limiti delle formazioni neoplastiche, si traducono necessariamente in altrettante incertezze della medicina operatoria. Certamente le ricerche di Ruge e di Veit, hanno un grandissimo valore, ma sono esse così indiscusse, così universalmente accettate, da autorizzarci a seguire una via diversa anzi opposta a quella che da tutti i chirurghi si segue nella chirurgia dei tumori maligni? Altrove, nel seno, nella lingua, il più grande ardimento, il principio fondamentale di oltrepassare largamente i limiti della zona ammalata non solo, ma di quella sospetta. Nel cancro della mammella non solo si fa l'ablazione di tutta la ghiandola anche quando è invasa parzialmente, ma si accetta ormai universalmente il principio di aprire in ogni caso il cavo ascellare, di scavarlo profondamente, di ricercarvi diligentemente i ganglii nei quali già può essere penetrato il germe malefico e si consiglia di esportare anche il gran pettorale e accedere alla fossa di Mohrenheim (1). Nel

(1) *Heindenhain.* « Brustkrebsrecidive. Langenbecks'. » Archiv., Bd. XXXIX, 1 H.

cancro della lingua si insegna che non bisogna temere all'occorrenza di levare il pavimento della bocca, di estirpare la ghiandola sottomascellare, di resecare al bisogno anche la branca del mascellare e nel cancro uterino dovremo invece limitarci ad amputare il collo quando non vi ha dubbio alcuno sulla natura cancerosa del male? Non è altamente paradossale e contrario ai fatti generali della chirurgia dei tumori maligni, come sostenne il Trelat alla società di chirurgia di Parigi, che da una parte ci sia la grande operazione che cerca di levare tutto ciò che è possibile anche attorno alla zona colpita ad evidenza e dall'altra l'operazione timida, parsimoniosa, che quasi non si attenta di varcare i limiti della regione colpita *sicuramente,* senza che poi non vi sia che una convinzione *induttiva* che al di là dei confini, entro cui il chirurgo restringe l'opera sua, il neoplasma sia già penetrato, rendendo questa certamente illusoria. E i fatti che dimostrano, che anche nei casi in cui clinicamente si era autorizzati a credere limitato al collo il neoplasma, questo in realtà lo aveva già oltrepassato invadendo il corpo, si vanno ormai così moltiplicando, che la teoria fondata dalle ricerche di Ruge e di Veit, non può a meno di esserne scossa. Binswanger (1) riferisce di un caso in cui eravi un nodo carcinomatoso nella cervice ed un secondo nel fondo uterino. E Fritsch, il quale crede discutibile che si possa dividere nettamente il cancro della porzione vaginale da quello della cervice, alludendo a questo caso, scrive, che quando fosse conosciuto nella letteratura anche un solo caso il quale dimostri che un nodo carcinomatoso può esistere nella cervice separato da tessuto sano da uno esistente al fondo, questo caso decide una volta per sempre la questione se si debba operare parzialmente o totalmente (2). Ma i casi, lo ripeto, sono ormai numerosi. Paolo Ruge presentava alla società ostetrica e ginecologica di Berlino, nella seduta 8 maggio 1885, un utero da lui esportato per via vaginale, nel quale si trovò un carcinoma non ancora ulcerato del fondo e separato da quello della cervice da una larga zona che correva attorno all'orificio interno (3). E nello stesso volume dello stesso giornale, in cui è riportato il caso di Ruge, un altro interessantissimo è riferito da

---

(1) « Anatomische Beiträge zur Indicationsfrage der Freund'schen Operation. » C. f. Gynaekologie, N. 1, 1879.

(2) Sechzig Totalextirpationen des carcinomatösen Uterus. (Archiv. f. Gynaek., XXIX Bd., 3 H).

(3) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., XII Bd., 1 H.

Krysinsky (1), nel quale l'esame microscopico di un pezzo della porzione vaginale che presentava caratteri sospetti, dimostrò un carcinoma ghiandolare, mentre l'esame dell' utero esportato in totalità, fece vedere che un carcinoma ghiandolare aveva distrutta tutta quanta la mucosa uterina e la tonaca muscolare, penetrando fino alla sierosa. Lo Schauta (2), il quale si eleva pure contro l'amputazione del collo, a dimostrare quanto siano ingannevoli i criterii coi quali vogliamo stabilire clinicamente i limiti di un carcinoma cervicale, cita tre casi da lui stesso osservati, dei quali due molto dimostrativi. In un caso si trattava d'un tumore della porzione vaginale della grandezza di una mela ed in apparenza era nettamente delimitato all'alto, mentre, dopo la estirpazione totale, si trovò che la degenerazione aveva di già oltrepassato l'orificio interno. In un altro caso in cui aveva fatto la isterectomia vaginale per un carcinoma epiteliare della grandezza di un pisello del collo, si rinvenne al fondo un nodo carcimatoso della grandezza di una noce. Piering (3) descrisse pure un caso in cui sul labbro posteriore eranvi piccoli nodi cancerosi della grandezza di un pisello e tumori di eguale natura si trovavano al corpo ed al fondo. Nella discussione avvenuta alla Società di chirurgia di Parigi sul trattamento operatorio del cancro uterino, discussione più sopra ricordata, il Terrier portò in campo quattro casi proprii in cui clinicamente si avevano i segni di una lesione limitata al collo, mentre poi all'esame anatomo-patologico si constatarono nodi nella sezione superiore dell'utero. Ed erano 18 i casi a cui si riferiva l'osservazione personale di Terrier. Nella stessa discussione il Trelat citò due casi di colli uterini amputati coll'ansa galvanica da Gallard. Questi aveva fatto notare agli allievi come alla superficie di sezione, ad occhio non armato di lente il tessuto sembrasse assolutamente sano. L'esame microscopico praticato da Quenu dimostrò invece una penetrazione evidente della produzione epiteliare.

Anche il Fenger (4) presentò pezzi alla Società ginecologica di Chicago che facevano toccar con mano quanto potrebbe esser illusoria la

---

(1) « Ein Fall von Schleimhautkrebs des Uterus. » *(Ibid.)*.

(2) « Ueber den neuesten Standpunkt in der Therapie des Carcinoma uteri. » (Prager med. Wochenschrift, 1887, N. 28 e C. f. G., N. 5, 1888).

(3) « Ueber einen Fall von atipischer Carcinombildung im Uterus. » Zeitschrift f. Heilkunde, Bd. VIII, riferito dal C. f. G., N. 41, 1888.

(4) American Journal of Obstetrics, 1888.

distinzione clinica fra cancro superficiale del muso di tinca e cancro profondo al di là dei limiti dell'orificio interno. Lo Stratz (1) pubblicò pure un caso in cui la porzione vaginale era colpita in modo minimo e l'affezione era già molto progredita al disopra dell'orificio interno. Anche nell'ultimo lavoro di Abel e di Landau, già citato, troviamo un esempio tipico di coesistenza di affezione cancerosa del collo e del corpo. Lasciando quindi anche indecisa la questione della natura delle alterazioni della mucosa del corpo uterino che pare sieno costanti compagne del carcinoma del collo, non sono più eccezionali i casi in cui, accanto ad una lesione limitata del collo, si rinvenne una alterazione decisamente cancerosa al disopra dell'orificio interno; sono anzi così numerosi da lasciare legittimamente esitante e perplesso l'animo del chirurgo, che si limitasse all'amputazione del collo in casi di carcinoma ben constatato, per il dubbio di aver lasciato un focolaio canceroso per non aver voluto estendere l'operazione a quei limiti che ci vengono concessi e quasi imposti e da considerazioni d'ordine generale tratte da quanto si pratica nella chirurgia dei tumori maligni, e dai fatti accennati fornitici dalle indagini anatomo-patologiche.

Ma anche le statistiche scrutate diligentemente e nel periodo attuale sono esse poi veramente tali da giustificare una netta e marcata distinzione di indicazioni operatorie, secondochè si tratti di un cancro della porzione vaginale ovvero del collo? Conviene innanzi tutto fare una riflessione fondamentale, che è difficile stabilire un paragone dal punto di vista dei risultati prossimi e lontani tra amputazione di collo e isterectomia. Le deduzioni che se ne trarrebbero sarebbero necessariamente fallaci. L'amputazione del collo si pratica in casi di carcinomi al loro inizio, in casi in cui il neoplasma è almeno limitato; non solo la prognosi immediata è necessariamente più favorevole ma anche i risultati lontani potranno essere naturalmente migliori in armonia colla legge generale per cui nella chirurgia dei tumori maligni è tanto più lecito sperare una guarigione radicale quanto più presto s'interviene. Aggiungasi che se qualche errore diagnostico è possibile, lo sarà nella prima serie di casi, non nella seconda in cui si pratica l'isterectomia. Questa è praticata nei casi conclamati, nei casi avanzati, e la estensione non sempre sicuramente delimitabile del neoplasma rende più severa la prognosi

(1) « Eine Modifikation der Uterusextirpation par vaginam. » C. F. Gynaekologie, N. 50, 1888.

immediata e più infausta quella lontana. Quando si volesse risolvere clinicamente con dati statistici che si riferiscano ai risultati lontani, alla durata della sopravvivenza, alla maggiore o minore precocità della recidiva, la questione se, nel carcinoma della porzione vaginale, debba preferirsi l'amputazione del collo alla isterectomia, si dovrebbero confrontare due serie di casi similari, all'esempio due centurie di casi di carcinoma della porzione vaginale, nell'una delle quali fosse stata praticata l'amputazione del collo, nell'altra la isterectomia. Certo non regge ad un esame rigoroso il confronto di Hofmeier tra una serie di casi in cui si è fatta l'amputazione del collo ed una serie di casi in cui si è fatta la isterectomia, senza alleggerire questa seconda serie di tutti gli elementi che potevano aggravare il pronostico. Io ho praticato nei casi di carcinoma sempre l'isterectomia, ma in condizioni diversissime, in casi in cui era colpita la sola porzione vaginale, in casi in cui il carcinoma partiva dal canale cervicale, in casi in cui la porzione vaginale era invasa unitamente alla vagina, in casi in cui erano invasi collo e parametrii, in casi infine in cui eravi compartecipazione del collo, della vagina, dei parametrii. Sarebbe razionale, sarebbe equo, mettere tali casi a confronto con quelli in cui è stata praticata l'amputazione del collo per carcinomi al loro inizio o sicuramente limitati, e trarne illazioni riguardo alla maggiore efficacia dell'una o dell'altra operazione rispetto ai risultati prossimi e lontani? È, tenendo calcolo di tutti gli elementi accennati, che dovrebbe raccogliersi una statistica destinata a portar luce sull'oscuro argomento della prognosi nel carcinoma uterino. Intanto giova notare che le cifre portate in campo successivamente ai lavori di Hofmeier sono piuttosto tali da incoraggiare coloro che anche nel cancro uterino preferiscono, in omaggio ai principii generali della chirurgia, l'operazione vasta, grande, che si propone di allontanarsi quanto più è possibile dalla zona affetta, all'operazione limitata, parsimoniosa. La prognosi della isterectomia come atto operativo andò notevolmente migliorando. La mortalità che dall'Hofmeier era indicata nel 26 0[0 andò notevolmente diminuendo, come lo dimostrano le seguenti cifre:

	Operazioni	Guarigioni	Morte	Percento della malattia	
Olshausen	152	126	26	17.8	(Nella prima serie di operaz. la mortalità era stata del 31.81).
Martin	134	112	22	16.4	
Schroeder	60	48	12	20.0	

	Operazioni	Guarigioni	Morte	Percento della malattia
Hofmeier	42	38	4	9.52
Fritsch	60	53	7	11.7
Leopold	110	104	6	5.45
Lebedeff	12	11	1	8.3
Ott	30	30	0	0
Klotz	17	17	0	0
Staude	19	19	0	0
Landau	20	17	3	15
Brennecke	17	17	—	0
Hahn	7	6	1	14.28
Kaltenbach	53	51	2	3.77
Mangiagalli	14	13	1	7.14

In Francia è vero la mortalità è più elevata, poichè essa è data dal Barraud nel 24.77 per i quattro operatori che hanno praticato il maggior numero di isterectomie, Péan, Bouilly, Richelot, Terrier, ma lo stesso autore, studiando la mortalità anno per anno, ne rileva la rapida diminuzione come è dimostrata dal seguente specchio:

Nel	1885	5	casi	3	morti	60 0[0	di mortalità
»	1886	28	»	8	»	28.57	»
»	1887	37	»	8	»	21.6	»
»	1888	34	»	2	»	5.88	»

In Italia è difficile stabilire con statistiche rese di pubblica ragione quale sia la mortalità attuale della isterectomia vaginale, essendo certamente molti i casi non pubblicati. Ho però ragione di credere per informazioni qua e là assunte che la mortalità generale è andata rapidamente decrescendo (1).

Se gli attuali risultati operatorii sono notevolmente migliori di quelli indicati da Hofmeier all'epoca della pubblicazione del suo lavoro, anche quelli terapeutici non sono così sconfortanti. Ecco le parole con cui Martin riassume a tale riguardo la sua esperienza: « Sopra centotren-

(1) I dati statistici qui riferiti vennero tratti da fonti citate nel corso del lavoro ovvero da quelle qui ora indicate: *Leopold*. Achtundvierzig Totalextirpationen des Uterus wegen Carcinom, Totalprolaps u. schwerer Neurosen. Archiv. f. Gynaek. XXX Bd., 3 H. — *Kaltenbach*. Erfahrungen uber Totalextirpation des Uterus. C. f. Gynaek. N. 44, 1889. — *Münchmeyer*. Verhandl des dritten Congres, etc. C. f. Gynaek. N. 31, 1889. — *Münchmeyer*. Ueber die Endergebnisse u. weitere Ausdehnung der vaginalen Totalextirpation der Gebärmutter an der königl. Frauen Klinik in Dresden. Archiv f. Gynaek. XXXVI Bd., 3 H.

« taquattro estirpazioni totali praticate nella mia clinica fino al gennaio « 1887, di cui nove fatte da Duvelius e le altre da me, l'operazione « ebbe luogo novantaquattro volte per carcinoma, settanta volte l'abla- « zione dell'utero permise di sopprimere ogni traccia di neoplasma, in « ventotto altri casi, l'utero fu estirpato, è vero, ma restarono traccie « di degenerazione nella vicinanza. Del gruppo di sessantasei operazioni « radicali, undici morirono per le conseguenze della operazione, e delle « cinquantacinque sopravviventi ebbi notizie di quarantaquattro, poichè « le altre undici non operate che dopo la fine del 1885 non posso farle « entrare nel computo. Orbene delle quarantaquattro accennate, tredici « ebbero recidiva, trentuno si conservarono in buona salute, il che da- « rebbe per l'isterectomia il 70 0[0 di guarigioni. »

Il seguente quadro esprime meglio quale valore debba darsi alla parola guarigione, e specifica le varietà di cancro ai quali è stata applicata la isterectomia:

Isterectomie vaginali nei casi di lesioni limitate, fatta estrazione dei casi seguiti da morte.

Anno della operazione	Carcinomi della porzione vaginale			Carcinomi del collo			Carcinomi del corpo		
	Num.	sino alla fine del 1886		Num.	sino alla fine del 1886		Num.	sino alla fine del 1886	
		Donne restate sane	recidive		Donne restate sane	recidive		Donne restate sane	recidive
1880	—	—	—	2	1 (1)	1	1	1	—
1881	—	—	—	6	2	4	1	1	
1882	—	—	—	6	2 (2)	4	5	4	1 (3)
1883	—	—	—	2	2	—	3	3	
1884	2	2	—	4	2	—	2	2	
1885	1	—	1	8	6	2	1	1	
Totale	3	2	1	28	17	11	13	12	1

(1) Morta un anno e mezzo dopo l'operazione per tisi polmonare.
(2) Morta 3 anni e mezzo dopo l'operazione per tisi polmonare.
(3) Morta 4 anni dopo l'operazione per cancro dell'ovaia.

Anche nella tesi più volte citata del Barraud, troviamo esempii di guarigioni durevoli ottenute da chirurghi francesi, due casi di Terrier in cui la recidiva non erasi ancora verificata dopo 3 anni e 5 mesi, due

pure di Terrier dopo 2 anni e 5 mesi: uno di Dudon dopo 4 anni e 5 mesi: uno di Trelat dopo 3 anni e 4 mesi: uno di Richelot dopo 2 anni ed 1 mese: uno di Demons, uno di Bouilly, uno di Tédenat dopo 2 anni. Presso di noi, sò di guarigioni durevoli ottenute dal Prof. Bottini.

Nel lavoro pure citato di Fritsch vediamo come non presentavano recidiva

1	dopo	3	anni	e	2	mesi
2	»	3	»		1	»
3	»	2	»		7	»
4	»	2	»		4	»
5	»	2	»		3	»

Münchmeyer, nella recentissima riunione dei ginecologi tedeschi in Freiburg, espose i risultati della esperienza di Leopold. Sopra 80 donne operate di isterectomia per carcinoma, 4 morirono in conseguenza della operazione. Delle 76 sopravissute erano viventi ancora 62. Erano libere da recidiva

1	dopo	anni	5	mesi	6
2	»	»	4	»	6
2	»	»	4	»	3
4	»	»	3	»	6
6	»	»	3	»	3
2	»	»	3	»	—
3	»	»	2	»	9
2	»	»	2	»	6
2	»	»	2	»	3
3	»	»	2	»	—
3	»	»	1	»	6
3	»	»	1	»	3

4 fra un anno e un anno e 3 mesi.

Dmitri de Ott, divide logicamente i casi da lui operati in due serie, secondochè già prima dell'operazione vi era o no probabilità di recidiva, e tenendo calcolo di quelle operate non recentemente, la recidiva mancava

in	1	caso	dopo	3	anni e	2	mesi
»	1	»	»	2	»	1	»
»	2	»	»	1	»	1	»
»	4	»	»	1	»	—	—

Essendo il lavoro di Münchmeyer il più completo per quello che riguarda la questione discussa e l'unico nel quale si possa trovare dif-

fusamente esposto un vasto materiale di osservazione clinica da contraporre a quello di Hofmeier, è ad esso che attingeremo i dati statistici e gli elementi per giudicare, se anche clinicamente, l'isterectomia, debba preferirsi all'ablazione parziale. Non terremo dunque conto che dei casi che dopo due anni non presentavano recidiva. Essi sono 27 come risulta dallo specchio riportato, e poichè si ammette, a torto od a ragione, che al di là del limite indicato debbano considerarsi guarite le operate che non hanno presentato recidiva, sono 27 donne sottratte a sicura morte e ad angoscie inenarrabili. Le cifre indicate, richiedono però un ulteriore esame. Poichè delle 80 donne operate per carcinoma, 76 sopravissero alla operazione, ne viene che dopo due anni avevamo un procento libero da recidiva del 35.65, superiore al procento dato da Hofmeier (32 0[0), per le donne operate di amputazione sopravaginale e vaginale del collo. La dimostrazione, invocata da Hofmeier, sarebbe quindi data dalle cifre di Martin e di Leopold; la *isterectomia garantisce meglio dalla recidiva che non l'ablazione parziale del collo.*

Che se noi consideriamo le cifre di Leopold a seconda della varietà del carcinoma, l' affermazione accennata ne viene piuttosto avvalorata. Non contando i casi operati nell'ultimo anno, per la questione della recidiva, lo studio può portare su 59 casi, di cui 7 del corpo, 10 del collo e 42 della porzione vaginale. La prima varietà diede il 33.5 0[0 di recidive, la seconda del 40 0[0, la terza soltanto del 20 0[0, per cui la prognosi peggiore dell' isterectomia sarebbe data dal carcinoma del collo, quella migliore dal carcinoma della porzione vaginale del collo. Il carcinoma del corpo, occuperebbe un posto intermedio, cosa davvero notevole che il Münchmeyer cerca di spiegare ammettendo che in tale varietà la natura del male sia riconosciuta tardi per parte del medico.

I casi miei sono stati operati troppo recentemente, perchè io qui intrattenga il lettore delle condizioni attuali delle donne operate. È un'aspra e rude lotta quella che l'arte continua a combattere contro una delle più desolanti infermità, ma può già considerarsi come una sua segnalata vittoria che l'estirpazione totale dell'utero che, non molti anni or sono, era ritenuta dai più una follia chirurgica, sia ora una operazione relativamente benigna e riesca a strappare sicuramente qualche vittima ad una lugubre e spaventevole iliade di sofferenze.

RASSEGNA

E. Falaschi. — **Pseudocisti sottocoriali placentari.** — Atti della R. Accademia dei Fisiocritici, Serie IV, Vol. I, 1889.

L'A. accenna a una comunicazione fatta nel 1885 alla Società medica su lo stesso fatto che, al contrario di Schröder, egli afferma raro, visto che, in oltre 500 placente esaminate da quell'epoca non lo potè mai riscontrare. Il caso ora descritto è di E. 7, IX para, d'anni 40 — feto in tutto normale, femmina.

Placenta discoide col diametro maggiore di centim. 17 — il minore 14 — spessore al centro centim. 3 — peso gr. 720 — cordone lungo centim. 63 ricco di gelatina di Warthon.

La faccia fetale ha 14 vescicole, della grossezza da una veccia a una grossa noce, le minori emisferiche, le maggiori ovoidali, costituite dal chorion, riempite di un liquido citrino che mostra all'analisi chimica di contenere albumina e al microscopio rare emazie deformate e molti leucociti; sul fondo scorgesi alquanto detrito di fibrina in parte degenerata grassosamente. Il tessuto placentare è in alcuni punti bianco-lucente, e il microscopio rivela su preparati con la semplice dilacerazione una specie di sclerosi.

E qui l'A. cita testualmente il reperto istologico accurato fatto dal Dott. Viti, anatomo-patologico nella stessa Università. Viti osserva che le vescicole sono *pseudocisti*, risultando dal semplice sollevamento del chorion per mezzo del liquido, e non essendo cioè questo contenuto in un sacco chiuso neoformato, nè tampoco in una cavità preesistente.

Gli ispessimenti placentari notati, il Viti li fa dipendere da una lenta iperplasia connettivale dello stroma dei villi placentari, e ciò per avervi trovati aree di vero tessuto germinativo recente, ed aree in cui l'organizzazione di questo tessuto si poteva seguire sino a formazione di vero tessuto fibroso. La trombosi dei vasi e la necrosi da coagulazione sarebbero effetti non causa dell'iperplasia osservata, d'accordo in ciò con Bailly ed Ercolani, e contro l'opinione di Virchow e Bustamante. Egli mette fortemente in dubbio che la sifilide sia la causa, come vogliono alcuni, di questa lenta iperplasia connettivale. L'esame microscopico delle pseudocisti mostra il chorion in corrispondenza intatto, ma il tessuto spongioso

sottoposto, invaso da un infiltrazione parvicellulare, tendente in alcuni punti a organizzarsi per mezzo di cellule fibroplastiche grandi, irregolari, a grosso nucleo. Ciò, secondo Viti, verrebbe a provare un certo nesso coi focolai fibrosi descritti, che non sarebbero altro che uno stadio più avanzato del processo. Si tratterebbe di un processo infiammatorio lento, senza escludere ancora che i superficiali ispessimenti fibrosi della placenta esaminata possano contribuirvi, causando un vero trasudamento per azione meccanica.

L'A. poi cita il Porak, il Bustamante, il Jacquet, l'Ercolani, il Rouhaud, il Macari e il Taruffi che propendono per l'origine ematica delle pseudocisti placentari, altri che affermano il contenuto loro essere un prodotto della degenerazione missomatosa del connettivo choriale, ed altri invece che ne distinguono varie specie attribuendo loro una genesi diversa. Esposte sommariamente queste teorie, l'A. conclude ammettendo un'origine per lo più ematica, e diverse possibilità nel modo di comportarsi dello stravaso. Questo o diventa un vero ematoma (riassorbitasi la parte liquida) che può poi organizzarsi, oppure col depositarsi della fibrina e il disgregarsi dei globuli rossi si trasforma in una raccolta sierosa più o meno colorata. Si hanno così le diverse forme osservate dagli autori, sanguigne, siero-sanguigne, sierose.

Non esclude potersi trattare taluna volta di lento processo essudativo, o ancora di vero transudato semplice.

A. Maroni.

Roncaglia. — **Contributo alla patologia e terapia dell'ematocele intraperitoneale.** — Modena, C. T. Vincenzi e Nipote, editori, 1889.

Dopo aver accennato sommariamente alla storia de l'ematocele e a le dottrine diverse che volevano tenere il campo esclusivamente, per ispiegarne il modo di formazione, l'A. dice che bisogna considerarlo sintomo di processi diversi.

Ne distingue due forme, una che è rapidamente letale, potendosi effondere il sangue dal peritoneo pelvico a l'addominale, l'altra più veramente detta ematocele, in cui lo stravaso sanguigno è ben limitato da neomembrane infiammatorie.

L'origine del sangue può essere diversa:

1.° Sangue mestruo rifluente su per le trombe nel peritoneo, causa atresia o stenosi del canale vulvo vaginale, o flessioni uterine.

2.° Forme metrorragiche, in cui cioè sotto l'azione di purpura, vaiuolo, ittero, scarlattina o simili stati, si possono avere emorragie anche da l'utero.

3.° Emorragie da le trombe, di cui si hanno casi corredati da necroscopie (Fritsch, Trousseau, Bandl).

4.° Emorragie da l'ovaio. Fritsch, Virchow, Olshausen hanno trovato vere cisti ematiche nell'ovaio, che rompendosi danno luogo ad ematoceli.

5.° Forme peritonitiche da peritonite cronica emorragica, dove dai vasi delle neomembrane si avrebbero emorragie, come avviene nella pachimeningite emorragica. Modo di produzione codesto che è abbastanza frequente (Besnier, Bernutz, Schroeder).

Dopo queste osservazioni generali l'A. cita due storie di ematocele retrouterino, nella prima delle quali, riuscita vana la puntura aspiratrice con un grosso trequarti, e ad onta di estreme precauzioni antisettiche, essendo dopo 9 dì insorta febbre alta con brivido, si spaccò, molto aiutandosi con le dita, ampiamente la cavità ematica, per la via vaginale, si raschiò col cucchiaio, tamponando poi con garza iodoformica, dopo prolungata lavatura a doppia corrente con sublimato in soluzione al 1|2 p. 1000 e con soluzione salicilica 3 p. 1000. Esito completo.

La seconda fu curata con la vescica di ghiaccio a permanenza, pozione antiemetica, eccitanti; anche qui il risultato fu splendido.

L'A. discute un po' in ambo i casi la varietà d'ematocele ed esclude l'extraperitoneale per la posizione mediana dell'utero o per la mancanza dinanzi o dietro ad esso del caratteristico ponte peritoneale, per la nettezza del limite inferiore della tumidezza, per l'indeterminatezza del limite superiore, per la grossezza della tumidezza stessa e per i sintomi peritonitici concomitanti. Quanto a la patogenesi nel 1.° caso sta riservato per l'incertezza delle notizie avute su la successione morbosa; nel 2.° dimostra trattarsi di pelvi-peritonite cronica e si basa su l'anamnesi e su la mancanza di ogni sintomo che potrebbe accennare a una gravidanza extra-uterina, o a metrite cronica. In questo caso l'A. fece ricerca nelle urine della urobilina, sintomo diagnostico di ematocele intraperitoneale, secondo Dick di Berna e William Smyly; ma non ne trovò, il che, secondo lui, dipende dal fatto che le membrane tappezzanti la sacca peritoneale ricettante lo stravaso impediscono il riassorbimento proprio della sierosa.

L'A. viene poi a trattare la questione della cura de l'ematocele, che vien divisa in aspettante e in chirurgica, la quale ultima comprende la puntura, la spaccatura per la via vaginale, la laparotomia vera, la laparatomia sottoperitoneale.

La cura aspettante è in molti casi la più razionale, dice l'A., e conforta il suo dire con statistiche ed opinioni di autori. Si dichiara partigiano del ghiaccio in primo tempo, usando in seguito dei solventi sul ventre.

La puntura trova essere metodo da bandirsi, per la difficoltà e spesso l'impossibilità di deflusso di un sangue tanto inspessito, e per la difficoltà di disinfezione.

La spaccatura per vaginam è preferibile assai e si può fare aiutandosi molto con le dita per evitare emorragie, al quale scopo Zweifel incide prima la vagina,

poi allaccia, poi incide il tumore. Apostoli e Doleris adoperano la puntura galvanica negativa, onde avere un'escara che poi cade, altri usano il termocauterio, o il coltellino galvano-caustico. Le irrigazioni generose antisettiche che si fanno dopo nel cavo, siano messe in opera con cannula a doppia corrente onde evitare rotture della cisti per eccessiva pressione. Non si ommetta mai il tamponamento che serve anche di drenaggio.

La laparotomia fu proposta per la possibile insorgenza di emoragia grave nell'interno della cisti, poco dominabile per la via vaginale. E nella laparotomia fatta sia col metodo classico, sia con la modificazione del Pozzi (tenendosi cioè fuori del peritoneo e arrivando su l'ematocele con un incisione a 1 cent. sopra l'arcata crurale) si passa sempre un drenaggio a T nel fornice vaginal posteriore. L'A. però preferisce la via vaginale, perchè la cavità peritoneale è più sicuramente rispettata, perchè i timori delle emorragie sono poco fondati quando l'operazione si faccia dopo un lasso di tempo che lasci ragionevolmente sperare che gli stomi sanguigni delle neomembrane siano chiusi, quando si scelga un mezzo, nell'incisione vaginale e della parete del tumore, atto ad evitarne emorragie e quando la pressione endocistica sia diminuita lentamente, e perchè data anche l'emorragia non è vero essere tanto difficile fermarla con il tamponamento o con irrigazioni caldissime o di percloruro di ferro.

A. Maroni.

V. Lauro. — **Di una lussazione congenita molto rara.** — *Riforma Medica,* Agosto 1889.

L'A. prende occasione da una storia ostetrica dell'anno scolastico 88-89 per fare delle considerazioni su la patogenesi, la sintomatologia, la diagnosi e la cura delle lussazioni congenite in genere. — Ecco il caso in succinto: M. E. d'anni 35 secondipara, ha di speciale, nell'anamnesi, che cominciò a reggersi in piedi solo oltre il 5° anno d'età. A l'esame presenta lussazione bilaterale congenita posteriore dei due femori, e una ipermobilità di tutte le articolazioni metacarpo falangee e falango-falangee, nonchè della radio-cubitale inferiore sinistra. Partorisce felicemente una bambina normale in tutto, tranne nelle seguenti particolarità: le ginocchie sono flesse anteriormente facendo un angolo di 90 gradi circa, ma possono ridursi mediante l'estensione della gamba su la coscia alla flessione nel senso normale, ciò in modo transitorio. L'iperestensibilità delle articolazioni delle dita notata nella madre, esiste anche nella neonata, che presenta ancora una lussazione postero-superiore del femore sinistro. Ridotte e immobilizzate le articolazioni, l'esito cominciava ad essere buono se non completo; ma da più mesi l'A. non ha più rivisto la bambina.

L'A. si estende poi sulla dimostrazione della natura di dette lesioni articolari e le dice lussazioni avendone desse tutti i caratteri, tranne la lacerazione dei legamenti propria delle lussazioni traumatiche, da cui perciò si differenziano.

Dimostra con la statistica che ogni articolazione può esser presa, ma che la più frequente è la coxo-femorale, mentre le più rare sono le femoro-tibiali, e che inoltre le bilaterali e simmetriche sono molto più frequenti che le unilaterali. — Osserva, citando i varii trattatisti, che le lussazioni multiple congiunte a sublussazioni di altre articolazioni costituiscono un fatto piuttosto raro.

Passa in rassegna le diverse teorie patogenetiche e scarta successivamente come poco fondata la teoria da violenze esterne o da contrazioni uterine su feti in posizione viziosa, quella delle idropi articolari con consecutivo rilasciamento dell'apparecchio ligamentoso, la ipotesi del Roser della esagerata flessione in cui la coscia può trovarsi sul bacino, e quelle del Rudolphi sulle convulsioni intrauterine o del Duchenne sul disturbo dei muscoli antagonisti. Si ferma invece ed accoglie quella teoria per primo esposta dal Delpech che si fonda sul difetto di sviluppo embrionale delle ossa medesime. Osserva poi quanto efficacemente provino le statistiche la influenza dell'eredità, e come i feti di sesso femmina vi siano più predisposti dei maschi, nè sa darne ragione. L'A. si dichiara infine partigiano de l'intervento chirurgico nei casi di lussazione congenita, sebbene non si nasconda l'inanità degli sforzi terapeutici in qualche caso, quando cioè coesista un gravissimo vizio di formazione dei capi ossei.

A. Maroni.

Arturo Guzzoni degli Ancarani. — **Sulla cura operativa del prolasso dell'utero.** — Collezione italiana di letture sulla medicina. Serie V, N. 7.

I casi di prolasso uterino osservati e curati nella clinica di Pavia, forniscono all'autore argomento di studio ed occasione per affermarsi partigiano convinto della cura operativa. Essi vennero divisi in due gruppi, nel primo dei quali vennero collocati i casi trattati colla colpoperineorafia e nel secondo i casi che furono operati mediante la colporafia mediana. I casi della prima serie sono trenta e quelli della seconda venticinque e le particolarità dei singoli casi vennero esposte in quadri che permettono al lettore di coglierne il lato più interessante. Per *colporafia mediana* egli intende l'operazione conosciuta coi diversi nomi di cloisonnement du vagin, elitrorafia mediana, elytrocleisis partialis mediana, operazione di cui traccia completamente la storia e di cui rivendica, come di diritto, la priorità a Neugebauer contro il Le Fort. Ecco come viene praticata dal prof. Cuzzi nella clinica da lui diretta. Il cloroformio non è dato che nei casi in cui la donna è

eccessivamente inquieta o molto sensibile. Si comincia col cruentare la parete vaginale posteriore, disegnando un lembo rettangolare disposto col maggior diametro in senso trasversale nel mezzo della parete vaginale, colla linea anteriore distante due centimetri o due centimetri e mezzo dall'ostio vaginale; il lembo misura in media trasversalmente da 5 a 6 ctm. e nel senso antero posteriore da 4 a 5 ctm. al massimo. Sulla parete vaginale anteriore deve esportarsi un lembo naturalmente eguale al primo per lunghezza, larghezza e situazione. La sutura, descritta dall'autore minutamente, viene praticata con catgut della casa Hartmann e Guarneri del N. 3 o del N. 2, ed in modo che le aree cruentate vengano a combaciarsi. In tal modo vennero operati nella clinica pavese 25 casi, ai quali l'autore ne aggiunge altri 101, raccolti qua e là, dando così una statistica di 126 casi operati col metodo di Neugebauer. Riguardo alla colpoperineorafia è al metodo di Hegar che viene data la preferenza. Ad essa viene associata in determinati casi, come è pratica comune dei ginecologi, la colporafia anteriore ed il raschiamento dell'utero e l'amputazione della porzione vaginale del collo.

Sopra 55 operazioni eseguite, in tre si ebbe mancanza completa di coalito. Riguardo ai risultati remoti colla colpoperineorafia si sono ottenute 11 guarigioni radicali e 6 recidive. La cifra delle recidive è però attenuata dal fatto che in tali casi si intervenne quasi sempre per prolassi di 2° e 3° grado, che in un caso la riproduzione del prolasso avvenne in seguito a parto, in un altro caso in seguito a lavori eccessivamente faticosi. Delle operate di colporafia mediana in numero di 25, si ebbero ulteriori notizie di 18 e tutte sono guarite. È però a notarsi che 2 vennero operate due volte per recidiva, quantunque rimanesse integro il setto artificiale per cui le 18 osservazioni si riferiscono a 16 donne. I risultati, ottenuti colla colporafia mediana, sono dunque migliori (11 0[0 di recidive) di quelli ottenuti colla colpoperineorafia (31 0[0 di recidive). Malgrado questa differenza notevole di risultati, per gli inconvenienti che la colporafia mediana può presentare nel periodo della vita riproduttiva, si dà la preferenza alla colpoperineorafia nelle donne che, affette da prolasso uterino, sono ancora in piena attività sessuale.

MANGIAGALLI.

FRASCANI. — **Primo triennio clinico**. — Milano, Frat. Rechiedei, 1889.

La relazione dell'A. è preceduta da una breve prefazione del prof. C. Minati, direttore della Clinica, in cui è succintamente narrata la storia dell'Istituto Ostetrico pisano, il suo impianto, le sue rendite, i suoi oneri, il movimento complessivo delle ricoverate in un'epoca pure antecedente al triennio e cioè dal 1876 al 1884, e infine il numero delle levatrici uscite dalla Clinica, la successione dei

diversi sanitarii che nella clinica stessa ebbero servizio, gli istrumenti che essa possiede e i lavori elaboratisi dai diversi membri dell'Istituto nel triennio 1885-88. La relazione è divisa in due parti, quella che riguarda l'Ostetricia e quella che tratta la Ginecologia. Le donne ricoverate nel comparto ostetrico furono 331 con 279 parti, dei quali 246 maturi, 24 prematuri, 9 aborti. Questo movimento è studiato sotto il rapporto 1.o della pluriparità (252 pluripare per 79 primipare); 2.o dell'età (la massima fra 20 e 25 anni); 3.o della provenienza (il maggior numero 160 dalla città); 4.o delle professioni (il maggior contingente fu di tessitrici 132 e di casalinghe 76), e a questo proposito l'A. si diffonde a studiare l'influenza delle professioni attive o sedentarie su la presentazione, e conclude essere insignificante; 5.o dell'ora delle nascite (leggermente prevalente di numero il periodo notturno); 6.o delle presentazioni (vertice 252 — ovvide pelvico 15 — faccia 2 — piano trasverso 4); 7.o dello stato del feto (nati vivi 258 — morti macerati 9 — craniotomizzati 3 — non macerati 4 — aborti 9); 8.o delle dimensioni fetali (le cui medie non si discostarono dalle ordinarie).

Le gravide accolte furono in grandissima maggioranza in sopraparto o alla fine del 9° mese, cosa che l'A. deplora sotto i rapporti della convenienza e dell'insegnamento. La patologia della gravidanza si riferì in massima parte a tubercolosi polmonare e ad albuminuria.

Parti gemellari. — Storie N. 4. — Da notarsi un caso di interruzione artificiale all'8° mese per idramnios, e in cui un feto fu salvato col gavage.

Puerperii tutti normali.

Interruzione artificiale della gravidanza. — Storie N. 11. — 7 a scopo medico 4 a scopo ostetrico. Il metodo preferito quello delle docce calde (Kivisch) con soluzione antisettica insieme all'introduzione della candeletta elastica alla maniera del Krause.

Da notarsi un caso in cui il puerperio fu complicato da flebite all'arto inferiore sinistro seguita da guarigione.

Estrazione di resti ovulari dopo l'aborto. — Storie N. 3. — In nessun caso fu fatto uso della cucchiaia, quantunque l'A. se ne dichiari partigiano, l'estrazione fu sempre digitale.

Versione per manovre esterne. — Un caso felice. L'A. insiste sul dovere e su l'utilità di dette manovre, quando sia riconosciuta la posizione e le parti non siano ancora impegnate.

Estrazione podalica. — Delle 15 presentazioni dell'ovoide pelvico, 6 necessitarono l'intervento ostetrico, e tutte con ottimo risultato.

Rivolgimento. -- Storie N. 7. — 3 per presentazione del piano laterale, 1 per placenta previa, 1 per procidenza del funicolo, 2 per stenosi pelvica.

Puerperii tutti normali.

Applicazione di forcipe. — Storie N. 16. — In 2 necessitò l'embriotomia degli altri, 12 nati vivi, 2 morti.

Puerperii tutti normali.

Embriotomia. — Storie N. 3. — Un caso d'idrocefalia, 2 di stenosi pelvica. Di questi un caso di morte della madre per endometrite settica che l'A. afferma già iniziata all'entrata in clinica della donna.

Secondamento artificiale. — Storie N. 4. — In 3 casi succedette leggera endometrite, un solo andò esente da complicazione.

Operazione cesarea post-mortem. — Estrazione di feto morto. Un solo caso nel triennio. L'A. si dichiara partigiano dell'estrazione per le vie naturali.

Puerperio. — Qui l'A. parla delle precauzioni antisettiche tenute nella clinica per le gravide e partorienti, basate quasi esclusivamente sul bicloruro d'idrargirio, e del trattamento dietetico delle puerpere. I puerperii patologici furono 38 di cui 13 per malattie comuni, 4 per emorragia, 3 per mastiti, 1 per eclampsia, 17 per processi infettivi dei quali ultimi osserviamo che 12 si ebbero nel primo anno 85-86 e solo 3 nell'ultimo 87-88.

Mortalità 5 donne nel triennio:

Una per peritonite purulenta,
» » edema pulmonare da eclampsia,
» » endometrite settica,
» » tubercolosi pulmonare,
» » cistite purulenta da enorme calcolo vescicale.

SEZIONE GINECOLOGICA.

L'A. fa anzitutto osservare l'insufficienza dei locali e del materiale, concessi alla Sezione Ginecologica dell'Istituto pisano; indi dà la statistica dei casi curati all'ambulatorio e quelli ricoverati in sala. I primi furono 203 e prevalgono fra di essi a gran tratto i casi d'endometrite che l'A. cura con cauterizzazioni alla tintura iodica o al percloruro di ferro per mezzo della sonda di Playfair, previe irrigazioni antisettiche. I secondi 76 di cui 44 sono rappresentati da affezioni flogistiche dell'apparato genitale e altri 11 da carcinomi uterini. Un caso di iper-

trofia della porzione vaginale del collo, si curò con l'amputazione a mezzo della galvanocaustica. Deviazioni e prolassi furono curati esclusivamente con pessarii, fibromiomi peduncolati furono escisi con le forbici e con la corda a serranodi di Braxton Hichs. In 3 casi di miomi interstiziali furono usate per due donne iniezioni d'ergotina, la terza si rifiutò all'operazione progettata. Degli 11 carcinomi, 3 furono raschiati con esito poco soddisfacente, uno operato di isterectomia per la via addominale con risultato infausto. Di due cistomi ovarici avuti in Clinica, uno non fu operato, l'altro molto aderente e con molte loggie lo fu con esito incompleto, essendo rimasta una fistola d'onde si versa di tratto in tratto il liquido. Un caso di cisti dermoide dell'ovaio fu operato con fausto esito.

A. Maroni.

E. Pinzani. — **Sul passaggio della Morfina nel latte della donna.** — *Rassegna di Scienze Mediche,* Modena 1889.

Sapendosi come nei fanciulli, dosi anche piccole d'oppio possono condurre a funesti accidenti, ed essendo ancora contrarî i pareri sulla eliminazione dell'oppio e de' suoi derivati per parte della glandola mammaria, l'A. impensierito per gli effetti che sui lattanti ne potrebbero derivare, imprende a studiare l'argomento.

Accenna a funesti casi narrati di poppanti le cui madri furono sottoposte a dosi anche tenui e non esagerate d'oppiacei. Espone le esperienze istituite; Fehling ebbe, somministrando oppiacei alle nutrici, solo il sonno nel lattante.

Tarnier e Chantreuil con esperimenti su animali, capre, conigli, ottengono risultati opposti. L'A. conclude che tali esperimenti sono poco significativi quando da quelli si voglia indurre ciò che avviene nella specie umana. Riferisce i risultati delle analisi chimiche del latte, positivi per taluni esperimentatori e negativi per altri e di fronte a tali risultati contradditori espone le esperienze da lui istituite sulla donna anzichè sugli animali.

Esse furono fatte su 12 nutrici somministrando o una sol volta o per più giorni (6) a dosi diverse (da 3 a 5 centig. al dì) il cloridrato di morfina. Le nutrici allattavano 30 bambini, fra i quali parecchi di pochi dì, ed uno nato prematuramente, e giacente in covatrice. Stando al benessere immutato degli allattati dalle suddette donne, l'A. conclude che la morfina non passa nel latte e doversi accettare colla massima riserva i casi funesti che si attribuiscono al latte quale veicolo della morfina ingerita dalla nutrice. Narra di un caso in cui al bimbo venne per errore dato un cucchiaio di soluzione di morfina, e fa notare come i sintomi dell'avvelenamento per oppio possano nei bambini stare a denotare altri stati morbosi.

Dalle esperienze fatte, somministrando il laudano del Sydenham alle nutrici, del pari ebbe negativo il risultato. Non pago di tali clinici esperimenti tenta colla prova chimica di risolvere in modo certo il problema del passaggio o meno della morfina attraverso la glandola mammaria muliebre.

I risultati chimici ottenuti con reazioni delicatissime (Pellagri) e condotte con diligenza concordano pienamente colle prove cliniche.

Conclude che la morfina presa dalle donne nutrici a dose terapeutica non passa nel latte come tale, nè, che passando come ossimorfina, potrebbe produrre disturbi stante l'esigua quantità.

Decio.

E. Pinzani. — **Sulla eliminazione dell'antipirina per la glandola mammaria nella donna lattante.** — Bologna, Società Tipografica, 1889.

Essendo stati notati disturbi intestinali o diarree negli allattati da donne cui era stata somministrata l'antipirina, l'A. prende a considerare se tale alcaloide passi per eliminazione dalla glandola mammaria. Espone la scarsa letteratura, citando il Roncaglia, che è d'opinione che l'antipirina presa dalla nutrice non porti alcuna sinistra influenza sul lattante, e Touin che con ricerche chimiche trovò l'antipirina non eliminarsi affatto per la via accennata, o per lo meno in quantità insignificante. Accenna altresì ad un caso di Haven Ross in cui l'antipirina avrebbe avuto proprietà lattifughe.

Istituisce proprie esperienze: critica il metodo di ricerca chimica tenuto da Touin (percloruro di ferro) ritenendolo inesatto, ed espone il suo metodo di indagini con acido nitroso ed acido nitrico fumante, sul latte previamente trattato, per l'eliminazione degli albuminoidi, secondo Ritthausen. Viene a concludere: somministrando l'antipirina a dose terapeutica alle nutrici, sia per un giorno, sia per parecchi di seguito, i bambini che ne succhiano il latte, qualunque sia la loro età, non risentono disturbi di sorta, doversi quindi ascrivere a pure coincidenze i disturbi enterici talora osservati.

Dalle sue indagini chimiche emerse che la antipirina passa come tale nel latte, essendo questa stata costantemente ritrovata.

È d'avviso che l'alcaloide si elimini per la mammella in iscarsa quantità, ragione forse per cui mancarono i disturbi per parte dei bambini. Da ciò deduce la possibilità di amministrarla pel tramite della madre allorchè essi sono febbricitanti.

Non avendo l'A. riscontrata diminuzione della secrezione nelle nutrici esperimentate, mette in dubbio la citata conclusione di Haven Ross.

Decio.

G. Crosti. — **Sul valore semeiotico di una modificazione alla reazione di Gmelin.** — Dall'*Ateneo Parmense,* 1889.

L'Autore dimostra come le solite reazioni per iscoprire l'ittero dalle orine, non caratterizzano alcun pigmento speciale, poichè esse svelano simultaneamente la bilirubina, la biliverdina, la bilifuscina, la biliprasina. Espone la critica dei diversi metodi usati.

Indi, esposto come il fegato prepari un solo pigmento, la bilirubina, dimostra gli altri essere una derivazione da questa, e ciò fa appoggiandosi ad analogie chimiche col pigmento sanguigno, e colla osservazione clinico-sperimentale. Deduce che:

I. Il fegato elabora e versa nel torrente circolatorio un solo pigmento, la bilirubina.

II. Questa passa immutata attraverso al torrente sanguigno dal fegato al rene.

III. Che colla bilirubina o da soli, si ponno eventualmente trovare altri pigmenti biliari nella orina di un itterico, capaci col loro cromatismo di rendere fallace la diagnosi uroscopica.

Emerge in allora la necessità, nell'esame uroscopico, non di constastare *i pigmenti biliari,* ma sibbene *uno solo* cioè la bilirubina. Ed a specializzare questo unico che deve essere ricercato, enumera le proprietà fisico-chimiche di tutti gli altri (biliverdina, bilifuscina, biliprasina, biliumina).

Conclude:

I. Che il cloroformio è il miglior solvente della bilirubina, pur sciogliendo esso la idrobilirubina, non scioglie la biliverdina, la biliprasina, pochissimo la bilifuscina.

II. Che l'alcool scioglie benissimo la biliverdina, la bilifuscina, la biliprasina, la idrobilirubina e pochissimo la bilirubina.

III. Che oltre alla bilirubina l'unico pigmento bene solubile nel cloroformio è la idrobilirubina, pigmento inerte al reattivo di Gmelin. Indi descrive il suo metodo: sbatte in una provetta l'orina itterica, tolta col catetere, con cloroformio, lascia depositare, la decanta o allontana tutta l'orina con un batuffolo di cotone fissato su un bastoncino di vetro, aggiunge lentamente dell'alcool fino ad ottenere con lievi succussioni un liquido uniforme trasparentissimo. Con acido cloridrico, cautamente versato, precipita il cloroformio in goccioline confluenti sul fondo della provetta in una massa gialla trasparente, uniforme. La divisione fra la soluzione alcoolico-idroclorica e il cloroformio sottostante è marcatissima. Lascia poi colare

lungo la parete della provetta una goccia di acido nitrico (se è poco nitroso è meglio) che pel proprio peso specifico, maggiore della soluzione sovrastante, minore del cloroformio, interponesi ai due liquidi e si ottiene una reazione splendida. Verso l'alto, se la precipitazione del cloroformio non fu completa, o se nell'alcool esistono altri pigmenti biliari, si notano fasce cromatiche bellissime (verde, bleu, violetto, rosa) incalzantisi di sotto in su. Verso il cloroformio giallo (e questa reazione soltanto deve avere valore diagnostico) si approfondano dapprima come dei zaffi verdi, che lentamente invadono tutta la massa; si ottiene così tutto il cloroformio colorato nel più bel verde smeraldo, seguono poi il bleu, il violetto, il rosso, il giallo sbiadito, colori tutti paragonabili per lucentezza e splendore a quelli delle pietre preziose.

I vantaggi di tale modificazione sarebbero:

I. Che non permette errori:

II. Stabilisce il momento in cui cessa l'assorbimento dal fegato, quando colle solite reazioni si potrebbe ancora credere in atto il processo morboso.

Decio.

G. Crosti. — **Contribuzione allo studio dell'Icterus neonatorum**, nota preventiva. — Dall'*Ateneo Parmense*, 1889.

Ammette che l'ittero del neonato venga dato da condizioni speciali dell'intestino, da cui la bilirubina assorbita può passare nel torrente circolatorio per comunicazione della vena porta colla cava ascendente per residui embrionali (vena ombilicale).

La persistenza immutata della bilirubina nell'intestino del lattante devesi a mancanza di riduzione in sito.

Ma nelle orine del bimbo itterico, manca la reazione pel fatto che l'orina del neonato (povera di sali) non può trasportare seco disciolta la bilirubina. Rendendo saline le orine, amministrando sali per bocca, queste appaiono itteriche.

Decio.

R. Pugliatti. — **Contributo alla etiologia e terapia del vomito incoercibile nelle gestanti.** — Dal *Morgagni*, luglio ed agosto, 1889.

In un primo capitolo consacra alcune pagine a cenni storici, e dimostra che gli autori antichi non forniscono alcun dato, o taluni molto incerti sopra i vomiti incoercibili della gravidanza. Bisogna arrivare fino a Guillemeau, allievo dell'il-

lustre Pareo, per incontrare chi abbiano fatta particolare menzione. Abbozza questi una teoria gastro-uterina. Mauriceau rende più chiare le nozioni sui vomiti pertinaci, al dire di Gueniot, ammette le simpatie fra stomaco ed utero — idee che dominano per tutto il secolo XVIII. A scopo terapeutico già fino prima del 1848 parecchi ostetrici mettono in opera l'interruzione artificiale della gravidanza, ed al dire dell'Autore (in discrepanza con Gueniot) nella seconda metà del secolo XVIII il parto artificiale provocato era noto. In Italia il primo che ricorse a tale espediente, fu il Lovati nel 1830. Espone le discussioni che si suscitarono in grembo della Accademia Nazionale di Parigi nel 1851, circa alla provocazione dell'aborto e del parto prematuro come mezzo terapeutico, di cui sostenitore strenuo fu Dubois, pure fautore delle dottrine di Mauriceau e Guillemeau, per simpatia od azione riflessa, dottrina che fino a un certo punto si può dire conservata fino ai nostri giorni.

Fermo il concetto dell'azione riflessa esercitata dall'utero gravido sullo stomaco, come fattore dei vomiti incoercibili, tocca brevemente della causa eccitatrice il fenomeno riflesso, esponendo le teorie di Bretonneau (rigidità al distendimento) creduta dal Barnes, modificata da Tyler Smith, da Schroeder, Galabin, Clintock, conclude che l'abnorme distensione dell'utero può costituire uno degli elementi di casualità ma non l'elemento costante, e ciò fa basandosi sulla fortunata relativa scarsità dei vomiti incoercibili.

Prosegue, esaminando il lavoro di Gueniot, ad esporre le cause da questi divise in varie categorie. Essenziale: gravidanza, cause ausiliarie generali (temperamento, ecc.), adiuvanti subordinate alla gravidanza (morbi dell'uovo ed annessi), adiuvanti non subordinate alla gravidanza (cancro, gastrite, ecc.), semplicemente coincidenti. La terapia è quindi rivolta a seconda della determinata causa (pessari - antiflogistici - evacuanti), accetta il parto prematuro e l'aborto provocato, se il vomito sarà essenzialmente legato alla gravidanza. L'A. cita Pastorello, Esterle, Balocchi, Chiara, Valtorta, Lazzati, essere del medesimo avviso; insiste sulla circospezione e sulla diligenza con cui deve essere formulato il diagnostico onde evitare un fatale errore terapeutico.

Fra coloro che emettono idee originali novera il Giordano colla etiologia *coniecturale,* il Lobstein che con Depaul crede alla stenosi del collo uterino con Breschet, Stoltz, Clay. Novera pure l'ipotesi di Bennet, delle ulcerazioni del collo coi fautori Manny, Sims, Tarnier, Budin, Welponer, ecc., e l'altra di René Brian nella retroversione, e la opposta di Graily-Hewit della antiflessione, riveduta e corretta, appoggiata dai risultati terapeutici (riduzione pessario). Dopo il caso di Copeman, dilatazione del collo dell'utero (trovata a caso) come mezzo terapeutico seguito da risultato senza interruzione della gravidanza, si ritorna a voler incolpare tale parte uterina della affezione in discorso. Circa il modo di

azione di tal metodo, dichiara essere difficile la spiegazione. Forse agisce vincendo uno spostamento od una deviazione sconosciuta od inaccessibile? Esistono fatti contradditori. Dichiara incontestabile l'efficacia del metodo che per ora l'ostetricante è obbligato ad impiegare empiricamente.

In un secondo capitolo espone le proprie osservazioni cliniche, e risultati nuovi relativi alla etiologia e terapia dei vomiti incoercibili. Dà notevole importanza ai secreti del collo uterino ritenuti, come modificatori della cervice, causando stiramento e pressione delle fibre del simpatico, da determinare per azione riflessa il vomito. Da ciò emerge il vantaggio della terapia dall'A. impiegata, poichè coll'agevolare l'esito dei prodotti di secrezione coi tentativi di aborto (candeletta), vide la cessazione del vomito, senza l'interruzione della gravidanza. Indi fa noto altre osservazioni di nausee e vomiti durante la gravidanza, in cui ebbe a riscontrare uno stato patologico bene apparente da parte della cervice, il quale direttamente, o meno, favoriva il ristagno dei secreti uterini, e guariti con mezzi che agevolavano l'esito di quelli, debellando così il motore della irritazione riflessa. L'A. è d'avviso che anche i metodi di Copeman, di Graily-Hewitt possono recar vantaggio pel fatto che con essi si deve rendere più facile la uscita ai muchi cervicali.

Venendo da ultimo a parlare della condotta dell'ostetrico nei vomiti incoercibili della gravidanza, combatte il provocare l'aborto colla puntura delle membrane, dà la preferenza a mezzi capaci di determinare contrazioni uterine *dominabili*, onde evitare la espulsione dell'uovo.

Critica il metodo di Copeman, come quello che non sempre è applicabile, per quanto convinto della sua efficacia. Respinge i vari processi di dilatazione del collo (dilatatori metallici, spugna, laminaria, tupelo); prende in minuto esame il processo Krause (candeletta) per la provocazione dell'aborto o del parto prematuro, ed espone alcune proprie esperienze in cui, dopo aver introdotta per pochi centimetri una candeletta nell'utero ed avuto l'inizio del travaglio con reali modificazioni del collo, potè, ritirandola, avere la cessazione delle contrazioni, descrive il proprio metodo in sostituzione a quello di Copeman: introduzione di 6 cent. di candeletta fino a che insorgano contrazioni.

Tale metodo ecciterebbe le contrazioni, dilaterebbe il canal cervicale, lontano dall'interrompere la gravidanza involontariamente dall'operatore, e diminuirebbe assai il numero degli aborti provocati nei casi di vomiti incoercibili. Modificato il collo, espulse le mucosità, la donna dovrebbesi già sentir migliorata, nel caso contrario l'applicazione della candeletta non avrebbe fatto che preparare, per così dire, la via all'ulteriore intervento dell'arte.

Decio.

A. Cuzzi. — **Un caso di Gastro istororafia anteriore per retroflessione uterina.** (Comunicazione fatta alla Società Medica di Pavia, il 12 Maggio 1889). — Dal *Bollettino della Poliambulanza.* Fasc. 8.

L'A. dopo aver dedicato qualche parola alla cura incruenta degli spostamenti dell'utero all'indietro mediante l'applicazione di idonei pessari, passa in rivista i risultati completi od incompleti, passeggieri o duraturi, o talora anche i negativi che si ponno conseguire con tali spedienti, dopo di che, tocca degli inconvenienti che ponno essere causati dalla presenza di un pessario non proporzionato o mal tollerato.

Indi espone la storia clinica di una donna, che in seguito ad un aborto, ebbe (I para a 22 anni) a soffrire emorragie successive, sì nei periodi intermestrui sia nell'epoca delle ricorrenze mestruali. Essendole stata trovata una retroversione uterina spiccata, vennele applicato (1886) un pessario a sbarra trasversale (Cuzzi) che la sollevò de' suoi disturbi, e che tollerò egregiamente per 5 mesi, levato il quale il benessere continuò, e 4 mesi dopo fu ancora incinta; ma la gravidanza venne interrotta da nuovo aborto, i cui postumi (doglie lombari, stiramento, perdite menorragiche, leucorroiche e la ripristinata retroflessione), furono trattati con cure generali e locali; talchè novellamente munita di pessario e notevolmente migliorata dei consueti disturbi della retroflessione fu licenziata dalla clinica. Se non che ben presto vi ritornava per endometrite emorragica (1887). Tolto il pessario, e praticato il raschiamento, si constatò l'utero mantenersi in posto. Cessate le perdite si licenziò, ma insorsero gli stessi disturbi, l'utero ricadde in retroflessione. Per la 3ª volta si ricorre al pessario *a sbarra trasversale con poco effetto utile* e finalmente nel 1889 oltre alla ostinata retroflessione, con fatti infiammatori a lato della cervice e del corpo dell'utero si constata, nella narcosi cloroformica, una tumescenza di consistenza cistica, in corrispondenza del legamento largo di destra, che viene diagnosticata per piccola cisti dell'ovajo omonimo.

Quivi l'oratore dopo aver esposto il pessario, poter essere stato indirettamente un fattore dello sviluppo del tumore cistico, rivolge l'attenzione sul da farsi nel caso della ammalata.

Abbandona l'idea della cura ortopedica, dà uno sguardo ai metodi escogitati per la cura operativa della retroflessione, e li divide in due categorie. Fra i metodi indiretti (cura di lacerazioni perineali, prolassi, suture cervicali, amputazioni del collo, rimozione laparotomica di tumori, castrazione) non trova alcuno che gli possa corrispondere.

Fra i metodi diretti rifiuta quello di Rabenau.

Dimostra lo scarso risultato talora avuto dalla operazione Alquiè Alexander

(raccorciamento dei legamenti rotondi) anche colle modificazioni di Casati, Ruggi e Bode, si diffonde sulle non rare difficoltà tecniche che si incontrano, ed accenna altresì ai pericoli cui può esporre, cioè l'ernia inguinale; e non riputando confacente al suo caso tale misura, passa a considerare la fissazione addominale anteriore dell'utero. Tesse la storia di tale atto operativo dal suo inizio (Koeberle 1877), citando i casi del Müller (1887) di Kelly di Filadelfia (1884) di Olhsausen (1889) colle modifiche da lui introdotte, di Klotz, di Sänger, di Leopold, di Pasquali, di Czerny. Espone brevemente la tecnica operativa *cioè laparotomia, liberare dalle eventuali aderenze utero ed annessi, sollevarli fino alla parete addominale anteriore, suturare il fondo o gli angoli dell'utero alle pareti dell'addome, un po' all'esterno della incisione laparotomica, comprendendo nei fili anche le carni del muscolo retto anteriore,* considera i pericoli immediati della operazione, ed il tardivo eventuale sventramento, conchiude con Olhsausen e Schultze doversi ricorrere a tale operazione solo nei casi gravissimi, in cui ogni altro spediente siasi mostrato inefficace, ed ammette, collo Schultze, essere cosa da non dimenticarsi l'approfittare di una laparotomia per tumore addominale onde fissare eziandio un utero eventualmente retroflesso. Le quali condizioni trovandosi nella sua malata, l'oratore parla della operazione da lui eseguita: I. Ablazione della piccola cisti ovarica e della tuba. — II. Fissazione dell'utero alle pareti addominali rispettando colla sutura il lato sinistro dell'utero, onde evitare una salpingite di vicinanza e sterilità consecutiva, ed a tale proposito si rivolge la domanda: se una nuova gravidanza si verifica che avverrà? È d'avviso non essere inverosimile le create aderenze poter essere causa di aborto, tanto più, visti gli antecedenti senza cause manifeste, ma che l'aborto abbia ad accadere senza dubbio, potersi escludere, anzi opina potersi portare a termine il prodotto del concepimento confidando nella distensione che la iperemia gravidica (Spiegelberg) suole apportare alle aderenze prodotte da processi infiammatori.

Decio.

Dott. Ettore Truzzi. — **Dell'Oligoidramnios nei suoi rapporti collo sviluppo del feto**. — Tip. Fratelli Rechiedei, Milano, 1889.

Nell'atto del parto si è in taluni casi verificata la completa mancanza di scolo amniotico od al più l'uscita di pochi grammi di un liquido denso: fenomeni questi che accompagnarono feti di sviluppo inferiore alla media stabilita relativamente all'età della gestazione.

Facendo lo spoglio della letteratura, l'autore raccolse solo dieci di tali osservazioni ed a queste ne aggiunse due sue proprie sopra donne primipare,

l'una a termine, l'altra quasi a fine di gravidanza, nelle quali notò scarso sviluppo dell'utero, addossamento delle pareti uterine al feto, lunghezza del travaglio, deficienza assoluta di liquido amniotico quanto alla prima, perdita di uno scarso umore gelatinoso quanto alla seconda, e feti vivi in entrambe.

Esaminando sinteticamente i casi dianzi accennati l'autore è condotto a ritenere per stabilito che l'oligoidramnios si trova unito a feti i quali comunque quasi o del tutto maturi offrono però segni evidenti di atrofia da insufficiente nutrizione endouterina nella flaccidità della cute e durezza dell'epidermide, nel peso inferiore alla media, e nell'impronta senile della fisionomia, caratteristica dei bambini deperiti.

Nelle osservazioni fatte direttamente l'autore riscontrò anche « un singolare stento nei movimenti del neonato, un torpore muscolare degli arti, specie dei superiori, anche di fronte ai comuni mezzi di stimolazione cutanea, il poco sviluppo delle placente, con scarse e poco appariscenti ramificazioni dei vasi in un caso, e cordone quasi laminato nell'altro » — e però, deplorando che nella maggior parte delle volte l'esame degli annessi fetali sia stato o trascurato od eseguito senza la desiderabile diligenza, egli dimostra la poca probabilità di vita da attribuirsi ai bambini nati in dette condizioni (2 sopra 12).

L'oligoidramnios, contestato da alcuni, studiato da altri nelle conseguenze più appariscenti — di deformazioni fetali per aderenze feto-amniotiche, fetali, amniotiche, attribuibili alla sua influenza nociva solo nei primi mesi di gravidanza — riconosciuto poi a gestazione più inoltrata quale causa di sofferenze materne, di maggior frequenza di presentazioni podatiche, di difficoltà diagnostiche per lo scarso sviluppo dell'utero e la mancanza della consistenza propria della gravidità, di frequente interruzione della gravidanza in ragione dello stimolo diretto dei moti fetali sulle pareti uterine, non che di deformazioni del feto per mutuo e stretto contatto delle sue parti, — dovrebbe, a parere dell'autore e giusta le osservazioni raccolte, riguardarsi come causa ed effetto ad un tempo del manchevole sviluppo generale del feto: e ciò gli apre il campo ad esaminare se tale fatto armonizzi con quanto si conosce intorno al rapporto tra la copia del liquido amniotico e lo sviluppo fetale.

Ricordate le diverse opinioni secondo le quali l'abbondanza delle acque vuolsi da alcuni contrapporre allo scarso e da altri all'ingente sviluppo del feto, mentre da altri ancora si nega qualunque relazione tra i detti due termini, il Dott. Truzzi nota quindi come Gassner per il primo abbia iniziato dirette ricerche le quali condotte poi più rigorosamente da Fehling, Bar e Haidlen approdarono al risultato che la misura del fluido amniotico negli ultimi mesi della gravidanza non sarebbe in alcun modo proporzionale nè col peso nè collo sviluppo del feto; e come invece ulteriori studi non ancora ultimati o non molto precisi di Maggia e La Torre abbiano convinto il primo che la quantità del liquido amniotico sta

in ragione inversa collo sviluppo del feto e fatto adottare al secondo l'opposto parere.

L'autore pertanto si decise ad intraprendere una serie di osservazioni sull'argomento: e per riuscire a risultati attendibili, dovendo usare di dati di confronto presi possibilmente nelle medesime condizioni, esclusi i casi di gravidanza gemellare e di idramnios, studiò venticinque parti presunti a termine raccogliendo in una tavola le misure ed il peso del feto, il peso delle acque, delle secondine, della placenta non che la lunghezza e gli eventuali circolari del cordone. Tali osservazioni sommate con quelle di Fehling, Bar e Haidlen formano il totale numero di 122 che l'autore dispone graficamente in tre classi: l'una generale, l'altra di gravidanza a termine (97 casi), l'ultima di gravidanza a termine esclusi i casi sospetti di idramnios (94), offrendo così l'opportunità di rilevare che mentre il primo specchio sembra fornire la conferma dell' opinione degli ora citati scrittori, il secondo quadro già accenna ad un rapporto diretto tra il peso del feto e la quantità del liquido amniotico, ed il terzo schema assoda viemeglio la legge di siffatta correlatività tanto che se ne dedurrebbe esistere a gravidanza molto inoltrata una tal quale proporzione tra le acque amniotiche e lo sviluppo ponderato del feto, agendo così l'assoluto difetto come l'eccesso di dette acque in modo sinistro sul feto medesimo.

Passa poi l'autore a dire della genesi dell'oligoidramnios cercando di spiegare la coincidenza di questo con uno scarso sviluppo fetale, e nota che, a seconda della dottrina che si adotta riguardo all' origine ed all'ufficio del liquido amniotico, si è portati a ritenere come primitivo o come secondario o l'uno o l'altro dei due fatti clinici dianzi accennati. Lascia da parte la teoria di Scherer e di Schatz, in via sperimentale già combattuta dal Bar e osteggiata da Preyer, e riepiloga le altre più accreditate sull'origine del liquido amniotico: — quanto a quella che il fluido, di cui si tratta, provenga da attività secretoria ed escretoria dell'apparato uropoietico fetale, e quanto al gruppo dei fisiologi che ritengono di qualificarlo un trasudamento operantesi attraverso le pareti dei vasi feto-placentari, pensa potersi avere spiegazione dell'atrofia ricorrendo al concetto di una primitiva debolezza e deficiente energia nutritizia del feto con insufficiente lavoro renale per causa eziandio di una scarsa attività sistolica del cuore, circostanze queste, cui aggiunta la rilevata piccolezza della placenta e la scarsità delle ramificazioni dei vasi ombellicali, condurrebbero a considerere l'oligoidramnios come un fenomeno secondario; — e relativamente all'opinione che attribuisce l'origine del liquido all'organismo materno, osserva che siccome si connette all' ipotesi della funzione nutritiva di detto umore, ne discenderebbe necessaria la conseguenza di ritenere primitivo l'oligoidramnios e secondaria l' ipotrofia fetale.

Aggiunge l'autore che, indipendentemente dal modo di origine, le acque amniotiche possono nel corso della gravidanza scemare e scomparire anche del tutto

non già per una deficiente produzione ma sì bene per causa di un eccessivo riassorbimento delle medesime: in fatti siccome il cavo amniotico è in commercio attivo col sangue circolante nei vasi delle pareti uterine, e più nella gravidanza inoltrata nella quale la permeabilità delle membrane è maggiore, permettendo una lenta ma incessante rinnovazione del fluido amniotico, così si dovrebbe ritenere che il fenomeno in discorso sia l'espressione di un vero squilibrio tra produzione e riassorbimento con prevalenza di tale ultimo processo, cosa questa tanto più facilmente ammissibile quando non esistono nè briglie amniotiche nè lesioni teratologiche; — dovendosi poi in ogni ipotesi avere per fermo che, data la scarsezza o la mancanza del liquido, le pareti uterine agiscono in modo meccanico opponendosi allo sviluppo del feto con la continuata pressione del medesimo, del cordone, e fors'anche della placenta.

Ed augurando che nuove osservazioni cliniche diano luogo ad illustrare ulteriormente il tema di cui si è occupato, viene infine il Dott. Truzzi ad affermare qualmente le meno intempestive conclusioni da adottarsi in oggi siano queste: che mentre a termine di gravidanza in un numero considerevole di casi esiste una certa proporzionalità tra la misura delle acque e lo sviluppo ponderale del feto, nei casi di vero oligoidramnios una siffatta legge si manifesta con caratteri di spiccata evidenza rilevandosi coincidere la scarsezza delle acque con una generale ipotrofia del feto accompagnata da manchevole attività muscolare del medesimo; e che nell'odierna incertezza sull'origine e sulla destinazione fisiologica delle acque amniotiche non si può decidere se la deficienza dello sviluppo fetale sia la conseguenza o l'effetto della penuria delle dette acque o forse anche l'una e l'altro insieme mentre è prevalente opinione che abbiano origine in parte fetale ed in parte materna.

Dott. F. Villa.

Dott. Ettore Truzzi. — **Sperienze intorno al glucosio nelle acque amniotiche, nell'urina, nel sangue del feto e nel meconio.** — Milano, Tip. degli Operai, 1889.

L'A. riassume lo stato degli ultimi studi intorno all'argomento cui rivolse la sua attenzione.

Ricorda le ricerche di *Claudio Bernard,* il quale venne nella convinzione che il feto, solo nei primi mesi della gravidanza, è diabetico fisiologicamente, mentre col perfezionarsi della funzione glicogenica del fegato lo zucchero va mano mano scomparendo dalle urine fetali e quindi anche dal liquido allantoideo ed amniotico.

Dice di *Majewsky* che, studiando la composizione dei liquidi dianzi accennati

nelle diverse epoche della gestazione, trovava maggior copia di zucchero nelle acque allantoidee e quindi combatteva il concetto dell'alibilità del liquore amniotico, specie per l'uomo, non essendo mai riuscito a constatare la presenza del glucosio nelle acque umane, e riteneva che negli erbivori il glucosio aumentasse col progredire della gravidanza, così nel contenuto della sacca allontoidea quanto in quella amniotica.

Fa menzione di *Tschernow* il quale giunse a risultati assai analoghi a quelli di Majewsky relativamente agli erbivori, trovando lo zucchero altresì nelle acque dell'uovo umano, opinando però che il liquido amniotico sia atto alla nutrizione fetale.

Discorre delle indagini di *Moriggia* che istituendo le sue esperienze sui bruti (due casi eccettuati) all'uopo della ricerca del glucosio nei liquidi e tessuti fetali insegnava derivare lo zucchero fetale dal sangue della madre ricchissimo di cosiffatta sostanza e traeva dai propri studi, fra le altre, queste conseguenze: che le acque amniotiche ed allantoidee contengono molto glucosio fino al termine della vita intrauterina e soltanto ne perdono qualche poco nei periodi avanzatissimi della gravidanza: che le urine fetali sono diabetiche non solo in qualche periodo ma, più o meno, durante quasi tutta la prigionia uterina: che anche nel sangue del feto, per quanto questo sia immaturo, esiste il glucosio: che nel meconio (una sola esperienza) non si riscontra traccia di zucchero: e che infine possa affermarsi con sicurezza l'analogia del liquido amniotico col contenuto stomacale e ritenersi quindi risolta in senso affermativo la questione dell'alibilità delle acque amniotiche e della ricchezza ed importanza del glucosio nelle medesime disciolto.

Accenna in appresso a *Gautier* il quale accolse le idee di Bernard; a *Robin* che negò ogni carattere nutritivo alle acque dell'amnios; a *Lussana* che riconosce la presenza del glucosio nel liquido amniotico e allontoideo, ma come espressione dell'attività glicogenica del feto; a *Foster* che contesta l'ipotesi della attività digerente fetale; a *Colin* che non crede alla nutrizione del feto per mezzo del liquido amniotico stante la scarsezza di principî sufficienti a tale ufficio; a *Labruhe* che nell'amnios di feto umano riscontrò solamente una *minima quantità* di glucosio e non constatò una notevole differenza nella proporzione di detto elemento fosse poi la donna a termine o meno; ed in ultimo a *Mya* e *Graziadei* cui non riuscì di trovare in alcuna guisa o solo fu dato di rinvenire insignificanti traccie di zucchero nelle acque amniotiche.

Le discrepanze nelle vedute e nei risultati delle esperienze or ora mentovate indussero l'A. ad intraprendere ed istituire ricerche proprie tanto sull'uovo umano quanto sull'uovo vaccino nelle quali adottò il reattivo di Fehling (preparato estemporaneamente); e siccome con tale metodo non si ha la certezza che la sostanza riducente sia in realtà il glucosio, così per assicurare alle sue indagini un valore incontestabile egli ricorse spesso alla reazione di Fischer la quale riposa sul fatto

che gli zuccheri riduttori sono atti a combinarsi con certe amine aromatiche specie colla fenilidrazina, producendo composti che precipitano allo stato di cristallini, sono quasi insolubili nell'acqua e solubili invece nell'alcool, e prendono il nome di *osazon*, sì che ne viene escluso il pericolo di cadere in errore davanti l'acido urico, la leucina, la creatina e a tutti i corpi che nei liquidi organici possono simulare la presenza del glucosio per la riduzione di sali metallici, ottenendosi anche il vantaggio di accertamento dipendente dal costante e caratteristico punto di fusione dei singoli *osazon*.

Descrive quindi l'A. le diligenze usate per procurarsi i prodotti da esaminare (liquido amniotico, sangue ed urina fetale, meconio) nel loro stato di massima purezza, e passa a dire del come abbia proceduto alla dealbuminizzazione e chiarificazione dei medesimi per lo scopo delle divisate ricerche. Trattò il *liquido amniotico:* o col solfato di rame e la potassa caustica; o col metodo di Hofmeister già preferito nelle sue indagini sulla peptonuria puerperale; o coll'acetato basico di piombo e l'idrogeno solforato; o anche col carbone animale suggerito dal Moriggia; — il *sangue:* col previo stemperamento dei coaguli nel siero diluito e la coagulazione degli albuminoidi mediante il solfato di soda e poche goccie di acido acetico, ovvero col riscaldamento a bagnomaria, dopo stemprati i coaguli nel siero, e la successiva filtrazione del risultante liquido che chiarificava e privava dell'albumina col solfato di rame; — il *meconio*: con processo molto analogo stemperando la massa poltacea in doppio volume d'acqua e derivandone colla cozione e filtrazione un liquore che decolorava col metodo di Hofmeister, o del carbone, o del solfato di rame; — le *urine fetali*, di solito chiare e prive o poverissime di albumina, direttamente col Fehling.

Ed usando il processo Fischer aggiunse ai liquidi ottenuti come sopra una soluzione fatta a caldo con p. 2 di cloridrato di fenilidrazina, p. 3 di acetato di sodio, e p. 20 di acqua distillata che riscaldò di nuovo a bagnomaria lasciandola poi raffreddare per averne il deposito dei cristalli di fenilglucosazon ripetutamente poi lavati, essiccati in stufa, disciolti in alcool, filtrati coll' aggiunta di un pari volume d'acqua da tre a cinque volte finchè fossero ridotti a soddisfacente stato di purezza ed offrissero un costante punto di fusione che ricercò ponendoli in tubetti capillari chiusi ad una estremità ed immersi in un bagno d'olio caldo (205°) dove era un termometro che indicava la temperatura raggiunta nel momento della loro fluidificazione.

L'Autore ha compiuto sette esperienze sul liquido amniotico di feti vaccini e 72 altre sullo stesso liquido, sul sangue, sul meconio e sulle orine di feti umani (dall'8° al 9° mese); — e dei risultati analitici delle rigorose e diligentissime sue indagini, offrì il quadro in opportune tavole da cui si raccoglie: I. *quanto al liquido amniotico*: che il glucosio nei feti umani fu per due terzi dei casi negli ultimi due mesi del tutto assente oppure esistette in lievissima quantità; che invece

fu assai copioso e costante nei feti vaccini durante i vari periodi di gravidanza, e sul finire di questa verificossi una relativa diminuzione di detto componente fisiologico; che nell'uomo la quantità del glucosio va sempre più riducendosi col progredire della gestazione; che la sua abbondanza nelle acque dei vaccini anche alla fine dell'ottavo mese contrasta coi dati forniti da Bernard; che non convengono alla specie umana i reperti del Moriggia il quale studiò specialmente le acque dei vaccini; che non appare fondato l'asserto di Majewsky e di Tschernow, il primo dei quali negò l'esistenza del glucosio nelle acque umane e l'altro suppose aumentasse negli erbivori coll'inoltrarsi della gestazione; — II. *quanto al sangue feto-placentare*: che il glucosio vi esiste nei due terzi dei casi in quantità discreta e *talvolta* anche grande; — III. *quanto al meconio*: che lo zucchero vi esiste costantemente in proporzioni *notevoli;* — IV. finalmente *quanto alle urine* che la detta sostanza od è scarsa o del tutto manchevole.

L'Autore, cui non riuscì di sorprendere una relazione di proporzionalità tra la misura del glucosio e l'età della gravidanza, per quanto al sangue ed al meconio, cerca di spiegare la presenza e le variazioni del predetto elemento basandosi sulle attuali cognizioni fisiologiche e si domanda se sia necessario cercare nella madre lo zucchero delle acque e quello ancora più copioso del sangue e del meconio del feto; — accenna quindi agli studî di Bernard, Macdonnell, Salomon, Cramer, Bohm, Hoffmann, i quali dimostrarono l'enorme diffusione del processo glicogenico nel feto i cui tessuti sono quasi tutti più o meno ricchi di glicogeno e glucosio, tanto che il Preyer disse « ovunque esiste del protoplasma giovane si forma del glicogeno » ed il Cramer darebbe perfino drammi 8.68 di glicogeno per ciascun chilogrammo in peso del feto; e ne deduce che dunque, essendo il glicogeno ed il glucosio tanto abbondanti nel feto mentre invece sono relativamente scarsi nella madre, ne risulta giustificato il concetto che il feto stesso ceda al liquido amniotico, al meconio ed al sangue quel glucosio di cui è così ricco, sia per emissione di urina fetale diabetica nel cavo ovulare, sia per il trapelamento nel medesimo dai vasi ombellicali di un siero molto carico di sostanza zuccherina quale è eminentemente dializzabile. Così fatta verosimile ipotesi della derivazione fetale del glucosio nelle acque amniotiche e la scarsezza ed incostanza di tale componente tolgono valore, almeno nella specie umana, al supposto che il medesimo rappresenti un importante coefficiente della discussa e dubbia alibilità del liquido dell'amnios; e simile concetto risulta tanto più attendibile quando si pon mente che la maggiore penuria e talvolta l'assoluta scomparsa del glucosio, nelle acque si verificano negli ultimi mesi della gravidanza, allora appunto che dovrebbe essere maggiore il concorso delle acque medesime alla nutrizione fetale.

D. F. Villa.

D. Giovanni Cosentino. — **Contributo allo studio del bacino obliquo ovolare con anchilosi e del bacino piatto non rachitico.** — Stamperia Carini, Palermo, 1889.

I.

L'Autore, considerando la discrepanza degli ostetrici sull'eziologia del bacino ovalare obliquo con anchilosi, ha trovato opportuno di pubblicare un caso da lui osservato nella clinica ostetrica di Palermo e studiato sul cadavere di pluripara. Egli riscontrò processo di carie che aveva invaso il corpo dell'ultima vertebra lombare e delle tre prime sacrali distruggendo estesamente i tessuti tra la faccia inferiore del corpo dell' ultima lombare e quella superiore della prima sacrale in modo da permettervi l'introduzione del dito: il promontorio era pure distrutto e la colonna vertebrale formava una scoliosi laterale sinistra. I caratteri principali del bacino si riassumevano così: completa anchilosi della articolazione sacroiliaca sinistra con spostamento all'indietro dell'ileo sul sacro e della sinfisi a destra; restringimento della metà laterale sinistra della pelvi in rapporto a leggera dilatazione della parte destra; anchilosi dell'articolazione sacroiliaca legata a carie delle vertebre sacro lombari. Questa osservazione starebbe, al dire dell'Autore, contro la teoria di Naegele; ed il bacino apparterrebbe alla classe degli obliqui ovalari d'origine ristretta e sarebbe quindi estremamente raro. Il dott. Cosentino discutendo le varie opinioni relative al tema della speciale viziatura pelvica intorno alla quale prese a discorrere, e ricordando quanto ne scrissero il Naegele ed altri (Ritgen, Hunnius, Michaelis, Thomas, ecc.), porta un contributo proprio intorno all'origine, allo sviluppo, alla frequenza, alla diagnosi del bacino obliquo ovalare, alla prognosi e al trattamento del parto nel caso di così fatta viziatura, e conchiude come in appresso: 1.° che l'anchilosi, essendo l'espressione della flogosi della articolazione sacroiliaca, in ogni bacino ob. ov., è sempre acquisita; 2.° che tale flogosi, anche a sviluppo completo delle ossa, se avvenisse l'anchilosi, condurrebbe al bacino ob. ov.; 3.° che l'anchilosi può avvenire in seguito a carie della colonna vertebrale; 4.° che l'obliquità, il restringimento del canale pelvico, l'appiattimento della parete laterale, la scoliosi lombare sono conseguenze dello spostamento dell'ileo per l'ineguale pressione a cui sono sottoposte le due metà laterali della pelvi per il ripristinamento dell'equilibrio; 5.° che nella storia clinica di una gravida perchè si possa sospettare di un bacino ob. ov. deve ricercarsi se nella prima gioventù la donna abbia sofferto affezioni alle ossa della pelvi, ed osservare inoltre se si raggiunge o non il promontorio, se le creste iliache

giacciono o meno ad un medesimo livello, se la sp. il. post. sup. di un lato è più vicina alla cresta sacrale di quella dell'altro lato; se esistano cicatrici in vicinanza alla sp. il. post. sup.; 6.° che sospettata la possibilità di un restringimento pelvico è sempre possibile di conoscerne anche il grado utilizzando i mezzi di esplorazione suggeriti da Naegele; 7.° che la diagnosi durante la gravidanza è importantissima come quella che serve a prevenire l'esito quasi sempre sfavorevole del parto a termine se il bacino non è molto ampio ed il feto relativamente piccolo; 8.° che nella presentazione del vertice la posizione è più favorevole se l'occipite è rivolto in avanti verso il lato più ristretto, e per la medesima ragione nella presentazione della pelvi o in seguito a rivolgimento si deve sempre possibilmente far corrispondere l'occipite verso il lato anchilosato; 9.° che accertandosi durante la gravidanza il vizio pelvico, è indicato il parto prematuro artificiale in un'epoca più o meno vicina secondo il grado di restringimento; 10.° che durante il travaglio a termine, se lo spazio non è molto ridotto e il feto non è molto sviluppato, presentandosi il vertice, è indicato il forcipe, ma si deve ricorrere alla craniotomia o alla cranioclastia quando o per lungo travaglio o precedute manovre il feto si crede perduto; 11.° che il rivolgimento, per la speciale conformazione pelvica, dovrà sempre evitarsi quando non sia indicato da complicazioni accidentali; e 12.° che a feto vivo nei medii e negli alti gradi di restringimento è indicato il parto cesareo.

II.

L'A. dall'osservazione di un bacino piatto non rachitico prende le mosse per studiare le cause che rendono in tale viziatura i diametri trasversi maggiori, per rapporto alla coniugata, che non nel bacino normale, e quale sia l'influenza che il sacro esercita sulla pelvi in genere e più specialmente sull'estensione dei diametri trasversali.

Ricorda le idee di Schroeder, combatte col Duncan il Gavarrit che attribuì al sacro l'azione di un cuneo, si appoggia alle vedute di Litzman ed agli studii di Ulbey e di Barnes relativamente all'influenza dello sviluppo trasversale del sacro e specie delle sue ali sulla forma e dimensioni del bacino e considerando l'azione delle forze che agiscono sulla pelvi per mezzo dell'articolazione coxo-femorale e del legamento sacro iliaco posteriore superiore arriva alle seguenti conclusioni:

I. Le paralisi infantili degli arti inferiori ponno essere riguardate come momento causale della pelvi piatta.

II. Il grado d'estensione del diametro trasversale è in diretta dipendenza dal grado di sviluppo trasversale del sacro, rispettivamente delle sue ali.

III. Il sacro nello sviluppo laterale della pelvi, non agisce a modo di

cuneo, ma a modo di trave, nell'allontanamento delle ossa iliache tra di loro, da cui dipende l'incurvamento laterale della pelvi.

Dott. F. Villa.

P. Negri. — **Per la diagnosi sulle mostruosità fetali durante la gravidanza e nel parto.** — *Rivista Veneta di Scienze Mediche,* 1889.

L'A. riferisce due osservazioni nelle quali, con un decorso abbastanza regolare della gravidanza, del parto e del puerperio, si ebbero feti derencefali, cita le conclusioni a cui venne il Laulaigne, indi ferma l'attenzione sopra i fatti che spiccano nelle due osservazioni. Questi sono: la mancanza assoluta della volta cranica; l'assenza totale della sostanza del cervello; l'integrità della colonna vertebrale. Ond'è che insiste per chiamare tali feti *derencefali*, mancando essi della divisione completa posteriore della colonna spinale. Circa la diagnosi ammette che fra i sintomi esposti da Laulaigne due soli hanno importanza: l'idrammios, ed i caratteri della parte presentata. Osserva che nella prima di queste due osservazioni fu per mancanza di liquido amniotico che venne invece condotto a stabilire la diagnosi della mostruosità molto tempo prima del parto. Il mezzo con cui arrivò alla diagnosi fu la palpazione. Conchiude che se non vi ha idrammios, la derencefalia può essere diagnosticata colla palpazione addominale; e che il carattere più importante sta nel non saper dimostrare la presenza del capo fetale.

Pei casi di polidrammios, più frequenti, sembra all'A. che corrispondano i segni dati da Pinard, benchè di tutti questi l'A. nella sua seconda osservazione non rinvenne che la tensione permanente dell'utero, che rese impossibile la ricerca dei poli fetali e senza diniegare l'importanza dei sintomi accennati da Pinard e Laulaigne (moti convulsivi fetali, e non riscontro dei poli fetali) dall'A. non riscontrati che durante il parto nella prima osservazione, conchiude pei casi nei quali vi è idramnios: che per la diagnosi hanno la precedenza tutti i segni forniti dal riscontro, al momento del parto e che in gravidanza il non poter palpare il capo fetale e la percezione di moti convulsivi possono condurre con probabilità alla diagnosi.

A. Manzoni.

Bordè. — **L'uncino acuto dopo la craniotomia.** — Bologna, Tipografia successori Monti, 1889.

Narra la storia d'una donna, nella quale fu fatta diagnosi di parto a termine in donna con bacino infantile, turgore dei genitali esterni con incipiente necrosi,

trombosi della vena pudenda sinistra, feto morto in MIDP con incuneamento della parte presentata. Craniotomia, uncino acuto sopra la branca destra orizzontale della mandibola e sopra la volta cranica, estrazione.

In questo caso la viziatura del bacino era tale che la parte presentata non poteva attraversarne il canale senza che il suo volume venisse ridotto e cambiati i suoi rapporti collo stretto superiore; la testa craniotomizzata nel discendere doveva rotare sul proprio asse FOB mettendo in rapporto la sua parte concava (Acconci) colla convessità del promontorio del sacro. Siccome l'uncino compiè a meraviglia tale rotazione (prima applicazione), ne viene che oltre che da tira testa (seconda applicazione) servì da rotatore della base cranica sul suo asse longitudinale.

L'A. non sa spiegare il perchè dell'ostracismo a cui fu condannato questo istrumento, che riuscì dove fallì il cranioclaste ed il cefalotribo. Tesse indi le vicissitudini dell'uncino acuto che dopo un periodo di favore cade in dispregio per essere ai giorni nostri riabilitato.

L'uncino acuto (avverte l'A.) per servire bene deve avere il tratto ripiegato in modo da formare coll'asta che lo sostiene un angolo di 45°; la sua applicazione deve essere fatta in modo che le parti materne devono essere sempre protette dalla mano che lo guida. Allora può servire come perforatore del cranio, come tiratesta. Discusse le ragioni per le quali ammette l'A. la priorità del cranioclaste sull'uncino acuto come istrumento traente, e quelle che lo rendono pari e lo fanno talora preferire come inclinatore e rotatore della base del cranio, viene alle seguenti conclusioni:

1.° L'uncino acuto è istrumento semplicissimo, di piccola mole.

2.° È un buon craniotomo a testa posteriore al tronco.

3.° Può servire come tiratesta nelle presentazioni di faccia.

4.° È un buon istrumento inclinatore e rotatore della base del cranio nei casi di gravi viziature pelviche specialmente per deflettere la testa perforata nelle presentazioni di vertice ed eseguire il processo facciale di inclinazione della base, eccellente poi nei casi di testa ultima.

5.° È alla portata di tutti e può trarre di impaccio il pratico nei casi più difficili quando non possedesse gli altri strumenti embriotomici più complicati e più costosi o quando questi avessero fallito allo scopo.

A. Manzoni.

S. Ottolenghi. — **I corpuscoli del colostro ed i globuli lattei in rapporto alla medicina legale.** — Giornale R. Accademia Medicina di Torino, 1889.

In donna che non allatta i corpuscoli del colostro non hanno nessun valore per stabilire l'epoca del puerperio perchè restano finchè rimane una goccia di latte, ma servono invece ad indicare un parto recente in puerpera che allatta, scomparendo allora costantemente entro tre settimane dal parto. Il modo di presentarsi dei globuli di latte può tornare utile a stabilire l'epoca del parto. In donna che non allatta, dei globuli di latte piuttosto isolati, poco disposti a gruppi possono indicare un parto recentissimo, da quattro a dieci giorni al più, quando però non si debbano riferire ad un' intercorrente mastidite ad epoca anche distante dal parto. Al di là di dieci giorni in condizioni normali i globuli di latte si presentano sempre disposti a gruppi. Al contrario in donna che allatta la disposizione a gruppi dei globuli di latte e le loro rarità potranno sempre farci presupporre un parto di recente avvenuto, non più in là di dieci giorni, dopo la qual epoca la disposizione a gruppi sarà affatto eccezionale.

Dott. F. Villa.

G. Calderini. — **Di alcune laparotomie.** — Ateneo Medico Parmense, 1889.

L'A. ebbe occasione di compiere le seguenti laparatomie : ovariectomie 11, con un decesso immediato; tre doppie, una per tumore del legamento largo, due per tumori solidi. Fra queste un decesso tardivo; altre due per cisti del legamento largo; tre per ovaro-salpingectomia; una per ematoma della tuba; 7 miomectomie con un decesso immediato; 6 laparotomie esplorative, un taglio cesareo col metodo Porro, totale 37.

In tutte narcosi colla maschera di Esmark, Spray, medicazione alla Lister e soluzione fenica per le spugne, affondamento del peduncolo meno in tre miomectomie e sutura a tutto spessore con seta fenica cogli aghi di Hagedorn. La guarigione andò per lo più sempre per primam.

Fra le ovariectomie si contano due cisti dermoidi e parecchi cistomi.

I decessi si verificarono per emorragia in due casi, nel terzo 6 mesi dopo, forse per peritonite. Alcune tavole unite al lavoro danno in modo conciso i particolari più interessanti delle osservazioni a cui si riferiscono le laparatomie praticate.

G. Cosentino. — **Quattordici laparotomie** eseguite nel triennio 1885-88. — Palermo, Tipografia dello Statuto, 1889.

Esordisce l'A. narrando le tristi condizioni di alcuno fra gli ambienti dove ebbe a compiere tali operazioni, di modo che trova necessario dividere le operazioni da lui fatte nel servizio ospedaliero e quelle fatte nella casa di salute e nel servizio privato.

L'A. tiene la sua stanza da operazione sempre vuota, aprendola due o tre giorni prima dell'operazione e lavando mura e suolo con sublimato al 1 0|00 indi introduce il tavolo e il resto previamente disinfettato; alle sedie sostituisce le panche.

Lo spray manda vapore fenico dalla notte precedente l'operazione. Fa il minore numero di inviti all'atto operativo. Come liquidi di lavatura usa il sublimato. Gli istrumenti vengono sottoposti in apposita stufa a 180°, 200°; l'operazione si eseguisce al mattino. Un grembiule impermeabile forma l'indumento dell'operatore, gli assistenti mutati d'abiti sono senza cravatta e soprabito. Il giorno prima dell'operazione pratica la disinfezione dell'ammalata.

L'operazione viene praticata silenziosa con incisione piuttosto lunga.

L'A. preferisce ai trequarti il coltello per le incisioni delle cisti e pratica una esatta pulizia della cavità peritoneale.

Nelle aderenze estese e multiple pratica il drenaggio a T per lo spazio del Douglas in vagina. L'A. mostrasi partigiano del trattamento intraperitoneale del peduncolo tanto nella ovariotomia che nella istero-ovariotomia.

I pericoli li accenna nella sepsi e nella emorragia. Questa potrebbe verificarsi (nell'isterectomia) per la retrattilità del tessuto uterino, e quella per la comunicazione col canale uterino. Ammette poi che la legatura isolata dei vasi e la sutura isolata della ferita uterina coperta dal peritoneo hanno portate in questi ultimi tempi un reale progresso, quando però questo metodo sia eseguibile (tumore non eccessivamente grosso).

Seguono le storie delle 14 osservazioni delle quali 13 per malattie delle ovaie con 3 morti ed una per miofibroma interstiziale, picciuolo intraddominale, seguito da guarigione.

Riguardo al trattamento dei fibromi l'A. si esprime nel seguente modo: il primo compito sta nell'estirpare il neoplasma solo o insieme all'organo ammalato. La relativa picciolezza del tumore, la sua mobilità e l'allungamento ipertrofico del collo lo fanno decidere per una azione diretta sul neoplasma. In condizioni opposte dà la preferenza al metodo opposto, e la castrazione in questi casi ha avuto maggior favore.

A. Manzoni.

Dott. Giovanni Tomassoni. — **Condotta dell'ostetrico in caso di avvenuta morte del feto nell'utero, fuori del periodo di travaglio di parto.** — Roma, tip. Fratelli Pallotta, 1889.

L'Autore accenna alla scarsità della letteratura ostetrica in ordine alle speciali indicazioni terapeutiche da seguirsi nel secondo o terzo periodo di gravidanza, allora quando, pur avendosi la certezza clinica della morte del feto, non si riscontra alcun indizio di incominciamento del travaglio; e di tale deficienza crede doversi cercare la causa in ciò che siccome l'espulsione si effettua quasi sempre spontaneamente tra la prima e la terza settimana dalla cessazione della vita intrauterina così i pratici raccomandano per lo più un contegno di aspettativa senza occuparsi troppo dei pericoli che intanto possono insorgere a minacciare la persona della madre e suggeriscono la provocazione del parto solamente nel caso di constatata putrefazione del feto; — ed in prova del suo assunto richiama quanto scrissero Joulin, Braun, Playfair, Chally-Honoré, Charpentier, Barnes, Korman, Tarnier, Charles, Zweifel, Winckel.

Avvisa l'Autore che nessuno fra gli ostetrici abbia portato la sua attenzione sulle modificazioni che subisce l'utero dopo la morte del feto e specialmente al collo; modificazioni le quali in certi casi possono opporre serio ostacolo al meccanismo del parto, massime dopo un periodo di ritenzione molto prolungato.

Riferisce a tale proposito due *osservazioni* (gravidanze 5° 7° mese e morte del feto rispettivamente da mesi due ed uno e mezzo) in cui riscontrò che il collo uterino presentava grandissima difficoltà alla dilatazione anche modica avendo perduto quei caratteri che acquista durante la gravidanza e subìto invece una completa involuzione che lo rendeva resistentissimo all'azione dei mezzi di dilatamento sì da obbligare, in uno dei casi illustrati, all'esecuzione dell'operazione Porro; ed aggiunge che la deficienza di potere delle fibre uterine nel caso di feto morto da tempo, in confronto all'attività dell'utero a feto vivo o spento da poco, inverte i rapporti di resistenza del collo di fronte alla forza espellente del corpo uterino.

E, ricordando un fatto constatato da Garimond, conchiude l'Autore che nella specie dell'avvenuta morte del feto l'ostetrico debba rivolgere la propria attenzione ai cambiamenti cui potesse andare soggetto il collo dell'utero, imperocchè quando perdesse il rammollimento che gli è proprio nello stato di gestazione ed acquistasse invece la consistenza e durezza *extra* gravidica converrebbe tosto passare alla provocazione del parto, onde non trovarsi poi di fronte a difficoltà gravi e per avventura anche insuperabili negli effetti conseguenti alla putrefazione del feto.

Dott. F. Villa.

G. E. Curatulo. — **Sulla cura palliativa del cancro dell' utero inoperabile e sul trattamento dell' endometrite cronica col cloruro di zinco.** — Dal *Morgagni*, An. XXXI, novembre 1889.

Dato uno sguardo alle miserande condizioni del non piccol numero di donne affette da metro-carcinoma inoperabile, l'A. è d'avviso che col progredire del tempo tale affezione debba diminuire, poichè la maggiore istruzione nel campo ginecologico, il moltiplicarsi degli ambulatori, e le indagini microscopiche dei casi sospetti, varranno a sorprendere in fase ancora operabile il tremendo morbo che insorge talora con subdoli sintomi. — Passa in breve rassegna le statistiche di Schroeder, Simpson, Wagner, Wirchow, d'Espine, Gusserow, Kiwisch, Chiari, Scanzoni, ecc., circa la frequenza del cancro, indi viene enumerando i vari rimedi usati contro il carcinoma uterino da Ippocrate ai nostri dì; fra gli ultimi presidi rammenta il solfato, il percloruro di ferro, il solfato di rame, il nitrato d'argento, l'acido nitrico fumante, il bromo, il permanganato di K., l'acido acetico, la pepsina, la potassa, il caustico di Filhos, il nitrato di Pb, il cauterio attuale, l'acido cromico, l'arsenico, il terebene, il clorato di K., il condurango, l'avelos, il cloruro di zinco.

Appoggiandosi alla autorità di Fraenkel, riconferma la priorità dell'uso di quest'ultimo doversi a Marion Sims e non ad Ely van de Warker. Cita i pareri di differenti autori, e conclude: essere lontano dall'assegnare (come fa Ely van de Warker) al cloruro di zinco una azione specifica, non trova giusto l'abbandono di Martin, riconosce nel metodo uno dei mezzi migliori per la cura palliativa dei metrocarcinomi. Segue l'esposizione di 5 casi che l'A. ebbe campo di seguire presso il comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore diretto dal professor Luigi Mangiagalli, uno dei quali casi interessantissimo per la gravidanza non interrotta, ad onta dei diversi maneggi, di una grave emorragia alla caduta dell'escara, e per la guarigione completa della donna che fu operata di amputazione utero ovarica alla Porro.

Espone il risultato ottenuto nello stesso comparto dalle cauterizzazioni con cloruro di zinco, nelle endometriti. Conclude in modo favorevole, ma fa notare come nelle donne curate con tal metodo all'ambulatorio si siano ottenuti risultati meno brillanti che non in quelle degenti regolarmente nell' Ospedale. In nessuna accidenti spiacevoli.

Decio.

BIBLIOGRAFIA

P. Bar. — **Recherches expérimentales et cliniques pour servir à l'histoire de l'embryotomie céphalique.** (Paris, Asselin et Houzeau, 1889). — Ridurre le dimensioni della testa fetale in modo da renderne possibile il passaggio traverso un bacino ristretto, è uno dei problemi più frequenti e più gravi che si offrono all'ostetrico. E la gravezza del problema viene aumentata dalle grandi differenze che i singoli casi offrono fra di loro e dalla immensa disparità di giudizî che i varî ostetrici danno sugli strumenti che servono a risolvere il quesito. Nel libro del Bar l'embriotomia cefalica è studiata passo passo e seguita fin dalle sueo rigini, esaminata scientificamente e clinicamente e di ogni metodo, di ogni strumento viene esposto un giudizio spassionato ed esatto, giudizio confortato ed avvalorato dalle opinioni dei principali autori che di esso si occuparono in precedenza. Dal forcipe-sega di Van Huevel al basiotribo di Tarnier leggermente modificato dall'A. tutti gli strumenti di craniotomia e di cranioclastia furono da lui passati in rivista e studiati: e, se non è possibile di esporre nei limiti di un breve rendiconto, le conclusioni da lui formulate, riesce però facile di dire qualche cosa degli strumenti che in oggi vengono dalla grande maggioranza giudicati i migliori. Il cranioclaste di Braun servirebbe bene solo nelle presentazioni di faccia od in quelle di fronte: il cranioclaste di Braun modificato dall'Auvard — nato, come il basiliste di Simpson e il basiotribo Tarnier, dal desiderio di raggiungere la base cranica — è superiore al cranioclaste ordinario, ma inferiore ai due strumenti suaccennati. Infine l'A. ha portato i suoi studi sul basiotribo Tarnier che, modificato dal Truzzi, nuovamente modificato da lui, crede possa rispondere a tutte le esigenze della clinica.

Dott. R. Polacco.

NOTIZIE

Università italiane e straniere. — Il Dott. Giovanni Inverardi, Professore ordinario di Clinica-Ostetrica nella R. Università di Messina, venne nominato, in seguito a concorso, Professore di Clinica Ostetrica nella R. Università di Padova.

— Il Prof. Giuseppe Chiarleoni, Direttore della R. Scuola di Ostetricia per le levatrici di Vercelli, venne nominato, in seguito a concorso, Professore di Clinica

nella R. Università di Catania, cattedra lasciata vacante dalle dimissioni del Prof. Mangiagalli.

— Il Prof. Rosario Pugliatti, Direttore della R. Scuola di Ostetricia per le levatrici di Novara, pure per concorso, venne nominato professore di Clinica Ostetrica nella R. Università di Cagliari.

— L'incarico della direzione della R. Scuola di Ostetricia per le levatrici in Novara, fu per decreto ministeriale affidato al Dott. Arturo Guzzoni degli Ancarani, assistente nella Clinica Ostetrica di Pavia.

— Il Dott. Chambrelent venne incaricato dal 1° novembre 1889 del corso di Clinica Ostetrica in sostituzione di Labat dimissionario, nella Scuola di Medicina di Tolosa.

— Annunciamo con rammarico la morte del Prof. Macari, Direttore della Clinica Ostetrica della R. Università di Genova.

Premii. — L'Accademia Medico-chirurgica spagnuola ha conferito al Dott. Serra di Barcellona il premio Alarçon di 250 pesetas per il suo studio monografico sull' Eclampsia nel parto.

Operazioni cesaree. — Il 15 settembre p. p. il Dott. De Navasquez, Direttore della Maternità di Lucca, eseguiva un taglio cesareo col metodo Porro con esito felice per la madre e per il feto, in causa di bacino straordinariamente e regolarmente ristretto per arresto di sviluppo in donna alta m. 1.20.

— Eguale operazione e con eguale esito compieva il Prof. Michele Scibelli il 5 ottobre p. p. nella Maternità di Napoli per grave viziatura pelvica da osteomalacia.

— Un esito felice per la madre e per il feto coronava pure il taglio cesareo nel metodo Porro praticato dal Dott. Giommi nell' Ospedale di Cesena il 14 ottobre p. p. in donna nana rachitica con una C. v. di 42 mm.

Giubileo professionale. — In Freiburg nello scorso dicembre si festeggiò il giubileo del Prof. Alfredo Hegar. Egli ha ora 60 anni e venne chiamato nel 1864 alla cattedra di Freiburg, in sostituzione di Spiegelberg, che aveva accettato quella di Breslau, da Darmstadt dove egli esercitava la professione medica senza alcun grado accademico. I suoi scritti e la fama di cui godeva come ginecologo pratico gli avevano valso l'onore della cattedra, che da allora sempre occupò, arricchendo notevolmente i metodi di esame ed i metodi operatorii della ginecologia.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Anno XII. Febbraio 1890. Num. 2.

ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF ENGLAND
21 MAR 90
LIBRARY

CH. BOISLEUX

Ricerche batteriologiche sugli ascessi pelvici, delle ovaie e salpingiti purulente.

Comunicaz. fatta alla Società ginecologica di Berlino nella seduta 24 genn. 1890.

(INVIO DELL' AUTORE).

Signori, ho l' onore di presentare alla Società il risultato delle mie ricerche batteriologiche nei casi di ascessi pelvici, delle ovaie e nelle salpingiti purulente. Dirò anzitutto che tutte queste operazioni sono state praticate per la via *addominale,* fatto caratteristico codesto perchè esclude ogni specie d'impurità che avrebbe potuto aversi operando per la via vaginale.

I miei studi portano su 42 fatti; cioè 33 salpingiti, 7 ascessi pelvici, 2 peritoniti tubercolose. Delle 33 salpingiti, con 30 si son fatte esperienze sugli animali (conigli, cavie); gli altri casi sono stati anche oggetto d'esperienza sia per inoculazione sottocutanea, sia per iniezione nella cavità addominale. Per le inoculazioni sottocutanee mi son servito di pezzetti di tuba, d'ovaio o della parete dell'ascesso; per le iniezioni nel peritoneo di pus raccolto in tubi da esperienze ordinarie o in cristalli speciali di conveniente dimensione, sterilizzati nella stufa secca a 150°. Le inoculazioni sono state praticate immediatamente dopo l'ope-

razione sopra animali tenuti a mia disposizione, di cui ne sono morti in seguito alle inoculazioni

11 nelle 30 salpingiti purulente
6 nei 7 ascessi pelvici
2 nelle 2 peritoniti tubercolose.

Ho fatto dopo ogni operazione preparazioni col pus, mettendolo sopra lamelle, che ho in seguito colorate, e raccolti gli organi estirpati che, divisi in frammenti, ho messo in alcool assoluto. Tengo a dire che tutte queste preparazioni sono state eseguite secondo le indicazioni del Prof. Dott. Carlo Fraenkel. Ho messo anche in cultura ogni volta tre placche di agar-agar col pus ed i pezzetti di trombe, ecc. escisi con strumenti passati prima alla fiamma, di maniera che sono riuscito a separare ed isolare le differenti specie di microbi secondo il metodo di Koch. Le placche di agar-agar sono state poste nella stufa a 37°.

Noto fin d'ora un fatto interessantissimo dal punto di vista del pronostico, cioè: ho visto che tutte le volte che si trattava d'un pus dotato d'una grande virulenza, le placche di agar-agar erano coperte nelle 24 ore di abbondanti colonie, di maniera che mi era quasi sempre impossibile di contare ad occhio nudo sulla prima placca (prima diluzione) le colonie, d'isolarle e distinguere le une dalle altre; ciò m'era generalmente possibile solo alla terza placca. Invece, allorchè si trattava di pus non virulento e per conseguenza senza danno per le ammalate, lo sviluppo della colonia era limitatissimo: da 20 a 50 nella prima placca, da 10 a 15 nella seconda, e da 5 a 6 e talora nessuna sulla terza. Qualche volta le placche restavano completamente sterili. In tali circostanze s'era certi d'un buon pronostico. Gli animali inoculati col pus non virulento sopravvivevano alle inoculazioni; gli uni senza reazione di sorta, gli altri presentando ascessi sottocutanei sempre nettamente limitati. In quanto poi agli animali trattati col pus virulento si avea che quelli iniettati nella cavità peritoneale morivano generalmente nelle 48 ore e gli animali inoculati sotto la pelle soccombevano 4, 8, 15 giorni dopo l'inoculazione. Ho coltivato placche d'agar-agar e di gelatina con pezzetti d'organi di questi animali (milza, fegato e reni) collo scopo d'isolare le colonie ed ottenere una coltura pura del microbo patogeno.

Ho inoculato ogni volta una serie d'altri animali (in tutto 170 cavie,

32 conigli ed un certo numero di sorci), sia cogli organi dell'animale morto, sia colle colture pure.

Di tutte queste differenti specie di culture, ne ho particolarmente studiato tre, che vi presento sopra i differenti mezzi di cultura: siero agar-agar, gelatina, patate, placche di gelatina, placche di agar-agar.

Ciò che vedete indicato, qui, col N. 1, si riferisce ad una donna affetta di piemia acuta; la malata era in uno stato gravissimo, senza polsi, e si voleva, operandola, tentare un ultimo sforzo per salvarla. Si fece una punzione per la via del Douglas d'un ascesso retro-uterino; lasciai colare il primo getto e raccolsi poi nel tubo sterilizzato pus settico senza materie estranee. La malata morì nella notte e all'autopsia fatta dal D. Pomorski, si trovò rottura della tuba sinistra, ascesso dell'ovaio sinistro, grande come due pugni, milza aumentata di volume 4 volte almeno il suo volume ordinario, reni seminati d'infarti; polmoni, lobo superiore destro, epatizzato; cuore normale.

Ho potuto avere, 8 ore dopo la morte, pezzetti della milza e dei reni che ho messo nell'alcool assoluto con cui ho fatto dei tagli ed ove potete vedere i bacilli che ho colorato col metodo Weigert. Essi si presentano ora aggruppati, ora isolati. Il microbo N. 1 è patogeno sui sorci, piccioni, cavie, conigli. I sorci inoculati con una piccola quantità di cultura di agar-agar presa per mezzo d'un fil di platino ed introdotta sotto la pelle, soccombono a capo di 24 a 48 ore dopo l'inoculazione. I piccioni iniettati nei muscoli del torace con 1 centim. cubo di brodo soccombono in meno di 24 ore; lo stesso è delle cavie iniettate nella cavità peritoneale con 1 centim. cubo di brodo, mentre inoculati nel tessuto sottocutaneo con pezzetti d'organi (milza, ecc.) con una goccia di brodo e con coltura d'agar-agar in strie, muoiono nello spazio di 4 a 8 giorni. I conigli inoculati con 1 centim. cubo di brodo muoiono in 8, 10 e 12 ore.

All' autopsia di tutti questi diversi animali si trovano tanto nella linfa quanto negli organi una quantità di batterii. Negli animali inoculati nella cavità peritoneale non si trova lesione microscopica di sorta; nè congestione generale degli organi, nè vascolarizzazione esagerata del peritoneo; in quelli inoculati nel tessuto sottocutaneo si trovano infarti nei differenti organi, in special modo però nei polmoni e nel fegato; la milza è ipertrofizzata. Il punto d'inoculazione è infiltrato sopra una estensione come la metà della palma della mano; l' essudato è in

parte fibrinoso, in parte purulento e contiene un grandissimo numero di batterii.

Il bacillo N. 2 proviene d'una salpingite purulenta accompagnata da peritonite acuta; si distingue dal primo per le lesioni anatomiche di cui è causa e per le culture di patate su cui produce un pigmento giallastro mentre il primo si sviluppa sotto forma d'uno strato di un bianco opaco.

Le colture in gelatina sono anco differenti,... ma non posso entrare qui nei dettagli della descrizione. Qnesto bacillo è patogeno sui sorci, cavie e conigli; non pare patogeno sui piccioni: due piccioni inoculati nei muscoli del torace con 1 cent. cubo di brodo, han sopravvissuto all'inoculazione. Riprenderò queste esperienze.

Devo intanto far notare che questa specie di batterii si lascia attenuare dal tempo e dai mezzi di cultura ordinarii; così, coltivandola secondo il consiglio del mio amico Dott. Beck, nel siero di bue coagulato, ho potuto riottenere due volte la virulenza.

Si può dire in generale che questi batterii si attenuino nei mezzi di cultura artificiali, mentre la virulenza si conserva inoculando d'animale ad animale.

Vi presento un'altra coltura contenente bolle di gaz analoghe a quelle che si sviluppano dagli *anaerobi;* potete intanto convincervi che questo bacillo è bene *aerobo.* Ecco difatti culture di patate e di gelatina ove questo microbo s'è perfettamente sviluppato al contatto dell'aria; ecco culture d'agar-gelatina dove voi vedete sollevato tutto il contenuto del tubo per l'espansione del gaz formato dalle colonie; eccovi ancora placche di gelatina e di agar-agar provenienti d'un pezzetto di milza di cavia infettata con questo microbo; vi vedete nel fondo delle placche uno sviluppo di gaz.

L'odore caratteristico che si sviluppa da queste placche, ricorda quello del pus dell'ascesso pelvico al momento dell'operazione, e coloro che vi assistevano possono attestare il fatto. Ho rinvenuto questo microbo in un caso d'ascesso della pelvi e di salpingite purulenta. Potete qui vedere un taglio della parete dell'ascesso in questione e riscontrare un numero infinito di batterii.

A fianco, voi potete osservare egualmente, un taglio della parete d'un altro ascesso pelvico operato il 28-1-1889, per la via addominale; 2.° caso, donna Foul.... Ho inoculato 2 cavie, l'una nel peritoneo con

2 cent. cubi di pus dell' ascesso, l'altra con un pezzetto della parete dell'ascesso introdotto nel tessuto sottocutaneo.

Ecco il risultato strano: la cavia iniettata nel peritoneo ha sopravvissuto all'inoculazione senza presentare fenomeni di sorta, l' altra inoculata nel tessuto sottocutaneo è morta il 2. 2. 1889, cioè il 5° giorno dopo l'inoculazione. Questo fatto strano in apparenza è spiegabilissimo per l'assenza di batterii nel pus dell' ascesso, mentre n' è ricca, come potete vederlo qui, la parete dell' ascesso.

Mi piace segnalarvi ancora un caso di salpingite tubercolare statovi già presentato con preparazioni microscopiche dal mio collega ed amico il D. Orthmann; in tali preparazioni avete potuto ben constatare la presenza del bacillo di Koch; due furono inoculate sotto la pelle. Escisi, per consiglio del prof. Koch due piccole nodosità sospette e le misi nel tessuto sottocutaneo di due cavie; una è morta il 29. 9. 1888, l'altra il 16. 10. 1888 presentando tutte e due una tubercolosi degli organi e delle glandole. Il bacillo fu rinvenuto nella linfa dell'animale. D'uno di questi animali ho preso, facendo una piccola apertura nella parete toracica, un pezzetto di polmone, poi lo schiacciai tra due scalpelli passati alla fiamma raccogliendo in tubi sterilizzati il detrito. Sottomesso ad esame constatai che le particelle di detritus contenevano realmente il bacillo della tubercolosi. Ne messi in cultura in 12 tubi di siero di bue coagulato ed a capo di 15 giorni ottenni 7 culture pure di tubercolosi esaminate al microscopio dal mio amico D. Cornet.

Il 13. 10. 1888, il D. A. Martin operava una peritonite tubercolare; inoculai nel tessuto sottocutaneo due cavie colle nodosità grattate sulle tube; 8 settimane più tardi, lo stesso giorno, il 23. 12. 1888, i due animali soccombettero. Feci come la prima volta culture nel siero di bue e si ebbero egualmente culture pure.

Un secondo caso di peritonite tubercolare fu operato il 12. 3. 1889 (2° caso) e furono inoculate due cavie che soccombettero nello stesso giorno, il 24. 5. 89, otto settimane circa dopo le inoculazioni sottocutanee. Una di queste cavie partorì tre feti morti su cui all'autopsia non potei trovare il bacillo. Non inoculai organi di questi animali ad altri nè feci culture in siero. Sulle placche non ho riscontrato che una volta sola un streptococco di cui ho qui la preparazione; ho invece osservato parecchie volte gli staphylococcus, aureus, albus ed altri. Infine ho trovato un diplococcus speciale che non ho potuto coltivare nella gelatina, nell'agar-

agar, nè nel brodo. Ho creduto trattarsi del gonococcus di Neisser, ma che ho potuto però colorare col metodo di Gram. Quest'ultimo carattere esclude completamente il gonococcus di Neisser, il quale, come ha dimostrato pel primo Roux (Rendiconto dell' Accademia delle Scienze 1886), si scolora col metodo di Gram.

Questo dato del Roux è stato ultimamente confermato al Congresso di Praga da Galewsky e Steirischneider, assistenti del prof. Neisser. L' assenza di gonococcus nelle mie ricerche, non ostante vi siano stati casi sospetti di gonorrea, conferma ciò che hanno osservato Cornil, Terrillon ed altri autori. Sopra i 16 casi in cui l' esperimentazione negli animali è stata seguita da successo, 8 donne hanno avuto un parto o un aborto, le altre 8 malate sono rimaste sterili maritate o no.

Dunque, sopra 42 casi esaminati, 19 sono stati virulenti, di cui 3 tubercolari, e 16 casi di setticemia di differenti generi.

Tutto ciò mi permette di conchiudere col prof. Terrier: 1.° che il versamento di pus nella cavità peritoneale è sempre una circostanza seriissima; 2.° che la quantità di pus versato non muta l' importanza della cosa, potendo esservi poco pus ma che costituisce un danno per la sua virulenza; 3.° che i risultati ottenuti dai differenti clinici (noto la memoria del prof. Gusserow — 31 casi con un caso di setticemia, la memoria di Lawson Tait. 1886,63 con un caso di morte e 97 malate operate da Just Championnière anche con un caso di morte), provano semplicemente che la clinica in questo caso, come in tutte le branche della medicina, presenta un terreno mutabile, ma che è importante di sapere nell'interesse delle donne, che se il pus non è sempre virulento e settico, *può esserlo;* per conseguenza è necessario che l' operatore prenda tutte le precauzioni antisettiche e che bisogna, tanto che sia possibile, lavorare *coelo aperto,* cioè vedere ciò che si fa, affine di ben nettare il peritoneo.

Quanto alle precauzioni antisettiche non bisogna contentarsi dell'acqua bollita, come si pratica da certi autori in Francia, in Germania, in Inghilterra, ecc., ma impiegare la soluzione fenicata al 2 % (Martin, Perriere), al 5 % (J. Championnière), il sublimato (Péan ed altri).

Io propongo come eminentemente antisettico la soluzione del professor Laplace di Filadelfia:

Sublimato	un grammo
Acido cloridrico	cinque grammi
Acqua distillata	mille grammi.

Questa soluzione ha il vantaggio sulla soluzione ordinaria di sublimato di non formare coll'albumina dei tessuti precipitato insolubile ed agisce per conseguenza più direttamente sopra i microorganismi. Questa soluzione è impiegata da due anni all'Istituto d'Igiene di Berlino e serve mirabilmente a disinfettare gli strumenti e le mani imbrattate dai virus virulenti, come quello del carbonchio ed altri. L'acqua bollita potrebbe impiegarsi, dopo aver fatto uso di questa soluzione, per togliere il sublimato che ha reso indifferenti le batterie che possono trovarsi nel pus.

Ho l'onore di presentare inoltre alla Società una serie di 50 operazioni praticate dal D. Péan che si rapportano a casi di piosalpingiti, ascessi pelvici ed ascessi delle ovaie. Le operazioni sono state tutte praticate per la via vaginale, sia asportando solamente gli annessi, sia per estirpazione simultanea dell' utero. La via vaginale gli ha dato 50 successi su 50 operazioni, ma nei casi dove non può operare per l'esistenza di aderenze degli annessi cogli intestini e coll'epiploon, Péan opera per la via addominale. Pratica la toilette della cavità peritoneale a mezzo dell' acqua bollita filtrata, del iodoformio e del sublimato. Nei casi in cui opera per la vagina applica sempre dei tubi, che fissa, pel libero scolo delle materie e pratica iniezioni antisettiche vaginali; quando il caso è complicato per aderenze generalizzate, applica il drenaggio addominale o vagino-addominale.

L'uso dell'iodoformio è anche eccellente, tanto perchè impedisce la decomposizione quanto perchè impedisce lo scambio delle materie prodotte dai micro organismi, come è stato dimostrato dai lavori di Berring, di Ruyter ed altri autori. Ma sarà anche bene, nei casi d'ascessi, di fare il drenaggio vaginale con della garza all'iodoformio. Sarà infine anche bene di causticare col Paquelin o col galvano-cauterio il peduncolo come praticano d'altronde un gran numero d' operatori: Pozzi, Sänger, Fritsch, ecc.

Comunico incidentemente alla Società le ricerche batteriologiche in due casi d'infezione medica; si tratta di due ascessi agl'indici, in seguito a ferita l'una durante autopsia, l'altra durante una grave operazione (piosalpingite). Nel primo caso ho potuto vedere sulle placche d'agar-agar il microbo identico a quei or ora descritti, nel secondo si trattava del bacillo piocianicus.

Non posso terminare questa comunicazione senz'esprimere i miei ringraziamenti al mio venerato maestro Prof. Robert Koch ed al Pro-

fessor Carlo Fraenkel, i quali mi han potentemente aiutato coi loro consigli nel mio lavoro.

I miei ringraziamenti anche al D. A. Martin che ha messo generosamente e con compiacenza a mia disposizione il suo materiale.

Grazie anche all' amico D. Orthman ed agli altri colleghi ed assistenti del Martin, i Dottori Englaender, Knopf, Fisch e Pomorski che hanno col loro benevolo concorso reso facile il mio compito.

I primi 15 mesi del Comparto Ostetrico-Ginecologico

dell'Ospedale Maggiore di Milano

DIRETTO DAL PROF. **LUIGI MANGIAGALLI**

Ottobre 1888 - Dicembre 1889

RENDICONTO CLINICO

DEL DOTTOR CARLO DECIO, MEDICO ASSISTENTE

Il comparto ostetrico ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano, che col 1° ottobre 1888 venne affidato alle cure del Prof. Mangiagalli, ha sede ancora nei locali in cui esso prima si trovava; solo che a questi ne vennero aggiunti altri, e tutti poi rinnovati e corredati di tutto ciò che il nuovo indirizzo chirurgico rendeva indispensabile. Notisi che il comparto non è nel fabbricato dell'ospedale antico, ma poco discosto da questo, in taluni edifici allato alla chiesa di S. Nazaro, edifici che il Consiglio degli Istituti ospitalieri acquistava nel 1866 adattandoli poscia a ricovero di infermi.

Per tale motivo, se l'ambiente delle nostre sale non è improntato a quel carattere di austera severità, che è propria del rimanente dell'Ospedale, ed al quale si può volontieri rinunciare per avere condizioni igieniche meno infelici, si ha in compenso il vantaggio, che le ammalate non sono disposte in grandi crociere, ma divise in piccole sale. Se non che, dall'aver voluto adibire abitazioni private ad uso ospitaliero, furono originati molti difetti di cui taluni vennero tolti, ma altri pur troppo non potranno essere emendati che mediante modificazioni radicali, da tempo desiderate, e che il progredire della scienza ha reso necessarie.

Il Prof. Mangiagalli fino dal principio dello scorso anno (1) ha già accennato ad alcune modificazioni introdotte nel comparto, il quale fino

---

(1) *Annali di Ostetr. e Ginecologia*, 1889.

allora aveva funzionato come sezione medica ginecologica, ma essendosi questo arricchito di nuovi locali, ed avendo subìto nuove trasformazioni, credo opportuno il descriverlo come è attualmente. Una pianta topografica, dovuta alla cortesia dell'ing. Speroni, renderà più facile il mio compito.

Il Prof. Mangiagalli, sia per la ristrettezza dello spazio, sia per dividere le ammalate dietro concetto razionale, faceva richiesta di un locale attiguo, fino allora usato come dormitorio delle infermiere, ed il Consiglio di buon grado lo accordava. Con tale aggiunta (che venne fatta definitivamente coi primi di aprile) il comparto veniva ad essere costituito da nove infermerie complessivamente capaci di 68 letti, sempre affollate, e mi affretto a dirlo, insufficienti ancora, e di gran lunga, alle quotidiane richieste che muovono, sia dal contado quanto dalla nostra città che ognora va allargando i propri confini (1).

Tale dormitorio a destra di chi entra nel comparto, venne con tavolati diviso in quattro parti. Una è destinata ad accogliere le gravide, una le puerpere non infeziose. Un piccolo atrio divide queste due sale e da esso si accede alla sala dei parti (2), la quale è usata altresì per le operazioni di minore importanza e per le medicazioni, essendo la sala delle operazioni propriamente detta, riservata solo per le laparotomie e per gli atti operativi gravi. Tale sala dei parti ha il pavimento in asfalto munito di scaricatore per le soluzioni antisettiche che servono a lavare il pavimento. Le pareti, fino all'altezza di 2 metri, sono ricoperte di un intonaco bianco impermeabile che non si altera ai lavacri disinfettanti. Gli oggetti di cui è arredata sono in ferro e cristallo onde rendere più facile la disinfezione.

Sarebbe certo desiderabile il possedere una camera, la quale servisse esclusivamente pei parti, ma, considerato che la parte ostetrica figura come la minore, avuto riguardo al numero dei parti (quantunque essa sia di speciale importanza per la natura dei casi ricoverati nel comparto), di leggieri si comprende, come si abbia preferito riservare la sala delle operazioni propriamente detta esclusivamente per gli atti opera-

---

(1) I Comuni compresi nella sfera dell'antico Ducato di Milano hanno diritto di ricoverare i propri malati all'Ospedale Maggiore.

(2) Vedi Tavole Sale Ostetriche.

tivi di grande importanza. Del rimanente, quantunque la sala dei parti sia eziandio destinata agli uffici che esposi, grazie alla più rigorosa osservanza dei precetti della antisepsi, grazie alla oculata sorveglianza del Professore, alle cure degli adepti, alle assidue fatiche delle levatrici ed inservienti, pure essa risponde abbastanza bene alle esigenze del servizio ed ai postulati dell'igiene.

Il rimanente del comparto è costituito dai locali primitivi, assai modificati. A sinistra entrando, una sala Ginecologica capace di 16 letti (Tav. N. 8), accoglie prevalentemente le ammalate di forme essudative, quelle che presentano spostamenti uterini, ed in generale le pazienti non abbisognevoli di sussidio chirurgico.

Tale infermeria da un lato comunica con un ampio terrazzo (Tav. N. 7), recentemente chiuso da una elegante vetrata, sul quale stanno alcuni armadii contenenti oggetti di servizio. Questo locale serve di adito alle sale Pastori senza il bisogno di transitare dalla sala ginecologica.

Le *sale Pastori* (1) (Tav. N. 9, 10, 11) colla unita sala per le operazioni ed il vestibolo armamentario, formano la parte migliore della clinica. Voglio dire la parte migliore come ambiente e struttura dei locali, cioè tre infermerie comunicanti capaci ognuna di sei letti, e la sala delle operazioni, che dapprima serviva da camera pei parti. Tale sala d'operazioni (Tav. 9) misura M. 5 × 4. 80 ed è ampiamente illuminata da due finestre le quali guardano su di una vasta spianata sgraziatamente alle dipendenze della lavanderia, vicinanza poco gradita, e temibile in alcune stagioni, circostanza questa sulla quale farò delle osservazioni che troveranno loro posto altrove. Per le eventuali operazioni notturne, la camera è illuminata da potente lampada a gas. Il pavimento di tale camera venne fatto in asfalto declive verso uno scaricatore pei liquidi che eventualmente si spandono, quanto per quelli usati nei lavacri delle pareti e del pavimento stesso. Le pareti hanno lo stesso intonaco come quello della sala dei parti.

Se non che quivi, per le frequenti produzioni di acido solforoso per disinfezione, parte anche pei lavacri continui e per le inevitabili scalfi-

---

(1) Così denominate in memoria di Giuseppe Pastori, dottore in legge da Orzinovi, morto nel 1885, il quale legò L. 100,000 all'Ospedale Maggiore di Milano, per la istituzione di una Sala denominata dal suo nome (Vedi Canetta, *Elenco storico biografico*, ecc.).

ture, tale intonaco ha fatto cattivissima prova, e dopo pochi mesi ora è ridotto in uno stato deplorevole, e si spera che presto verrà sostituito da un intonaco di stucco lucido.

Sostenute da telai di ferro fissi alle pareti, posano quattro grandi lastre di cristallo, sopra una delle quali stanno le bacinelle per gli strumenti, le cassette di cristallo per la seta e catgut. Sopra un' altra stanno i catini di ferro smaltato in cui vengono lavate le spugne e le flanelle durante le operazioni laparotomiche. Allato a questa tavola è situata una caldaia di rame con relativo fornello a gas, capace di riscaldare in brevi istanti notevole quantità di acqua che si distribuisce mediante robinetto ai catini accennati, durante le operazioni. Un altro robinetto di acqua fredda con ispeciale congegno può continuamente rifornire la caldaia.

Altre lastre di cristallo sostengono i vasi contenenti le spugne e le flanelle ed ognuno di questi porta il nome del giorno della settimana, i vasi pei drenaggi, pei cordoncini elastici, arcelle di ferro smaltato, il necessario per la cloronarcosi, la macchinetta d'induzione e l'apparecchio per l' inalazione dell' ossigene, ecc. Presso a quella tavola di cristallo, su cui a seconda della operazione si pongono le bacinelle degli strumenti, sempre alla destra dell'operatore, si colloca un tavolino in ferro, e dirò meglio un supporto per una bacinella in cui invariabilmente vengono collocati gli strumenti di dieresi e girevole sul piedestallo di tale supporto un catino contenente soluzione disinfettante, alla portata dell'operatore. Una cassa rettangolare di zinco è destinata ai materiali di rifiuto, e due recipienti cilindrici pure di zinco a ricettare i liquidi imbrattati dalle spugne e quelli condottivi dalla cannula della arcella a deflusso nelle ovariotomie.

In un angolo della camera è situata una stufa di Kock sterilizzatrice per gli strumenti o per altri oggetti. Per tutto quanto concerne la preparazione della camera, degli strumenti, delle spugne, della medicazione, dell'ordinamento degli strumenti in ogni operazione, mi estenderò in altro luogo. La camera delle operazioni è riscaldata da calorifero, il quale nell' attiguo corridojo (che mette dal terrazzo all' armamentario) ha una diramazione in una specie d'armadio in cui costantemente viene per ogni occorrenza mantenuta calda una notevole quantità di biancheria. A tale camera si accede come prima tanto dall'atrio terrazza, quanto dalla sala Pastori I; se non che il Prof. Mangiagalli, per isolare maggior-

mente le operate, ed allo scopo di impedire che le grida delle pazienti sottoposte agli atti operativi avessero a ferire le orecchie delle operande, domandò che nella 1ª sala Pastori venisse innalzata una parete la quale avesse a delimitare una specie di anticamera alla sala delle operazioni. Anche questo desiderio venne esaudito, ed in tal guisa il comparto venne a possedere nel piccolo nuovo locale (Vedi Armamentario Lavabo, Tav. N. 10), un ambiente in cui trovarono il loro vero posto i due scaffali che racchiudono l'armamentario, i quali dapprima nella sala delle operazioni, non potevano che con nocumento essere sottoposti ai vapori di zolfo che si producono per la disinfezione della camera stessa.

L'armamentario è, come dissi, racchiuso in due eleganti armadi di ferro e cristallo, quattro ripiani per ciascuno; nell'uno sono disposti gli strumenti di dieresi, exeresi, emostasi, sintesi, nell'altro gli altri strumenti ostetrici e quelli di ginecologia, il termocauterio di Paquelin, la macchinetta elettrica da induzione e l'apparecchio per la cura elettrica dei fibromi uterini col metodo Apostoli.

Un camerino attiguo alla 1ª Sala Pastori venne adibito a laboratorio per quelle ricerche estemporanee chimiche o microscopiche che possono occorrere nel comparto: tutte le altre ricerche si fanno nell'istituto anatomico patologico dell'Ospedale.

Le *sale Monteggia* (Tav. N. 5), situate in altra ala di fabbricato, precisamente parallele alle sale Pastori, divise da queste dal cortile interno (Vedi) e con esse comunicanti, ma indirettamente, mediante l'atrio comune a tutte le sale e la terrazza, sono tre camere, capaci le prime due di sei letti e la terza solo di tre.

In esse vengono accolte le malate di forme infeziose, pur troppo soverchiamente vicine ad altre pazienti, quali le gravide, le puerpere e le operate. La terza camera, cioè quella che contiene soltanto tre letti, viene preferibilmente riservata per carcinomi uterini inoperabili, i quali non vi sostano che breve tempo, poichè, pronunziato il giudizio di cronicità, vengono poscia inviate nel comparto croniche.

Tutte le sale, tranne le nuove, hanno il pavimento fatto di mattonelle di cemento, le pareti imbiancate colla calce annualmente, ad epoche fisse, in cui si pratica lo spurgo generale di tutta quanta la suppellettile delle infermerie. La vernice degli usci è di color grigio chiaro onde ogni minima macchia possa essere veduta e tolta.

Le lettiere sono in ferro vuoto verniciate a fuoco, hanno per elastico una robusta e fitta rete metallica su cui posano 2 materassi, l'uno di lana e l'altro di crine vegetale. Tale sistema di letti è in uso in tutte le sale dell' Ospedale Maggiore (2500 letti) e ferma spesso l' attenzione dei visitatori per la sua semplicità, pulizia ed eleganza.

Allato ai letti stanno delle colonnette in ferro e cristallo a più ripiani su cui ciascuna paziente ha alla portata le fiole delle medicine ecc. Ogni malata, per la quale si richiedano irrigazioni vaginali, ha la sua cannula vaginale e il catetere costantemente a bagno nella soluzione fenica al 5 0/0 entro adatte provette.

Oltre a questi locali, il comparto possiede un camerino da bagno (Tav. 12) con un'unica vasca (magagna lagrimevole) dovendo in essa sola essere lavate sia le operande quanto quelle pazienti che ci pervengono coperte d' ogni sozzura. È altresì a notare che tale camerino da bagno serve anche per l'attiguo comparto pediatrico-chirurgico, ma si spera che tale inconveniente possa essere tolto.

Le latrine (Tav. 14) sgraziatamente anche esse troppo vicine alle sale, sono però costrutte in modo che nulla lasciano desiderare; un congegno idraulico fa irrompere un potentissimo getto d' acqua ogni qualvolta se ne apra l' uscio. Esse non comunicano direttamente colle infermerie, poichè avanti ad ognuna c' è un altro camerino in cui si tengono gli arnesi del basso servizio e dove havvi un robinetto d'acqua per tutte le esigenze della pulizia. Le padelle di porcellana che servono per le ammalate che non possono lasciare il letto, sono costantemente immerse in soluzione fenica entro una cassa di zinco a varî scompartimenti.

Un' ultima camera possiede il comparto (Tav. 4), cioè quella delle 2 levatrici risiedenti, camera (1), mi affretto a dirlo, insufficiente ai molti uffici cui essa viene chiamata. A stento ci stanno i due letti e due cassettoni; malamente aereata da un' unica finestra, e quasi sul limitare del pianerottolo della scala, esposta quindi al via vai di tutti

(1) Tre levatrici sono addette al comparto. Una presta l'opera sua esclusivamente nelle sale delle infeziose, e deve assistere altresì le partorienti nelle succursali, contagiose e sifilitiche. Delle altre due, una è destinata alla sezione Ostetrica, l'altra alla Ginecologica, ed entrambe assistono alle operazioni, attendendo alle soluzioni ed alle spugne. I medici, in numero di quattro, che a norma dell'ordine gerarchico adottato nell'ospedale, sono rappresentati da un chirurgo aggiunto, da un chirurgo aiutante e da due medici assistenti, rendono possibile anche per l'assistenza medica, la separazione delle forme infeziose.

coloro che per molteplici cagioni vi transitano, è in essa che le due levatrici debbono trovare ristoro alle notti perdute ed alle fatiche del lavoro giornaliero, cosicchè, quando le ammalate lasciano loro qualche tregua, non hanno il conforto di una camera per riposare e per attendere a lavoro qualsiasi. È sperabile che anche a questo inconveniente si possa in avvenire porre rimedio, trovando alle levatrici un alloggio conveniente; la camera da esse presentemente occupata potrebbe servire alla meglio come camera di osservazione per le forme sospette, e di segregamento, puta caso, per eclampsiche, clamorose e va dicendo.

Il comparto, così modificato, rese possibile una logica divisione delle pazienti e una segregazione, per quanto relativa, delle donne affette da forme infeziose dalle altre ammalate.

Esso ha però sgraziatamente ancor entro di sè e fuori degli elementi che sono fonte di pericoli continui.

Incominciamo da quelli che esistono fra le mura. Questi scaturiscono dal genere delle ammalate che trovano ricovero nelle infermerie e che sono di quattro classi:

I. *Le gravide, oltre il settimo mese, contemporaneamente affette da malattie mediche, chirurgiche, e le ammalate in qualunque periodo della gravidanza quando presentino minaccia di aborto o di parto prematuro.*

Le ammalate di questa prima categoria figurano per un terzo circa (compendiano tutta la patologia gravidica) sono tenute nei locali recentemente annessi, e quivi aspettano l'epoca del parto, o, guarite della forma morbosa, se ne ritornano alle loro case. Se fra esse se ne verifica qualcuna infeziosa, si passa subito nelle sale Monteggia, che, come si disse, sono appunto riservate alle forme infeziose.

II. *Le puerpere, entro il periodo di quattro settimane dal parto, se affette da forme mediche o chirurgiche o in qualunque epoca di puerperio, se colpite da forme puerperali.* Di queste, la massima parte, costituita da forme infeziose puerperali con tutta la svariata serie di manifestazioni dipendenti da una infezione settica a decorso acuto o subacuto, o cronico. Sono arresti totali o parziali di placenta o di membrane, gangrene dei genitali, lacerazioni vaginali o perineali, sono endometriti settiche, salpingiti purulente, peritoniti, flogosi del cellulare e va dicendo; oppure, fuori dalla sfera genitale, ma pur dipendenti dalle medesime cause infettive, sono processi flogistici a distanza, come pleuriti con

spandimenti sierosi o purulenti, meningiti, flogosi articolari, endocardiche, infarti embolici polmonari, pneumoniti metastatiche lobulari, nefriti, mastiti, ecc.

III. *Le donne in genere, non escluse le gravide e le puerpere, anche fuori dei periodi anzidetti, quando la loro malattia abbia sede nell'apparato della generazione ed in organi aventi diretto rapporto con esso.* Questa classe, la quale dà il maggior contingente al comparto, è rappresentata dunque dal vasto dominio della ginecologia.

IV. *Le nutrici,* di cui la maggior parte essendo affetta da forme mediche che impediscono o controindicano l'allattamento, viene, inviato il bimbo al Brefotrofio, alla sua volta, a seconda della malattia, collocata in più opportuno comparto.

Di leggieri si comprende quindi che, per quanto sia scrupolosamente mantenuta con fatiche e spese non indifferenti la maggiore osservanza alle norme antisettiche, pure la riunione di tante disparate forme morbose non è al certo una delle migliori prerogative del comparto. Per appartate che siano, tengasi calcolo che, sotto il medesimo tetto stanno gravide e puerpere non infette, divise solo da un pianerottolo da quelle che ci giungono (e che siamo obbligati di accogliere), in gravissimo stato per forme settiche; tengasi calcolo che la sala che le ricetta, da un lato apre le sue finestre dirimpetto a quello delle camere delle operate, e dall'altra, verso il cortile, comune colla Canonica di S. Nazaro, e può emanare i suoi miasmi e contagiare le attigue sale ostetriche, quando i principii più elementari della igiene nosocomiale comanderebbero un assoluto isolamento di ambiente e di servizio delle puerpere infeziose.

Ed oltre a ciò, tengasi anche calcolo che, nel non indifferente movimento di ammalate, talora ci vengono mandate donne affette da forme esantematiche allo stato ancora latente od iniziale, le quali, è ben vero, che si inviano colla massima sollecitudine ai rispettivi comparti, ma tuttavia non è a disconoscere che la loro presenza, anche per poche ore, può essere fonte di danno alla igiene del comparto stesso.

Ed ancora mi è presente alla memoria, come nel momento appunto in cui i sanitari del comparto stavano per accingersi alla prima laparotomia (14, 11, 88) la levatrice mi chiamava sollecitamente al letto di una donna recata allora allora in travaglio abortivo, e sulla quale riscontrava manifesti segni di vaiolo confluente, e che subito, traspor-

tata alla Rotonda, vi moriva nella notte. Aggiungasi che altra mancanza (creata appunto dalla accettazione dei casi sospetti), si è quella di una camera di contumacia, poichè, non essendovi nel comparto sempre presente qualcuno degli assistenti, accade talora, che, ad onta della oculatezza delle levatrici e della suora, vengono temporariamente poste ammalate in sale dalle quali poscia bisogna che siano tolte. Nè si dimentichi che le serventi impiegate nelle varie infermerie sono continuamente esposte per necessità di servizio a mutui contatti, costituendo esse così un eventuale tramite di diffusione degli elementi morbigeni.

Altro inconveniente gravissimo è costituito dalla antica usanza della visita degli estranei agli infermi che si compie due volte per ogni settimana, la domenica ed il mercoledì. Chi non conosce ciò che vuol dire *il giorno d'ingresso* all'Ospedale non può farsi una idea anche approssimativa di quanto vi accada.

Parenti, amici dei ricoverati, curiosanti, irrompono dalle sale terrene di medicina, le quali sotto questo rapporto toccano la peggio perchè oltre a quelle persone che vi si fermano, danno passaggio a quelle che si sparpagliano nelle varie infermerie per affollarsi attorno ai letti delle ricoverate. Ora è innegabile che tale agglomeramento di persone, per la massima parte contadini, rechi danno all'igiene dei locali, alle pazienti ed alla quiete di un comparto così delicato, mi si permetta la frase, come un comparto ostetrico, che non ha a sua disposizione stanze appartate ove togliere all'assordante e confuso cicaleccio di un'ora le ammalate gravi, le neooperate e le puerpere.

A questo gravissimo inconveniente si cercò rimediare riguardo alle operate, poichè queste, essendo accolte nella prima sala Pastori, sono le sole che ponno essere isolate e sottratte all'andirivieni della folla: però le gravi malate di sala Monteggia, le gravide e le neo-puerpere sono inesorabilmente esposte al fastidioso movimento.

Ma ben altri sono i nemici che assediano da ogni parte il comparto ostetrico ginecologico dell'Ospedale Maggiore. La stessa vicinanza del colossale nosocomio capace di ricoverare oltre duemila ammalati, parli colla eloquente cifra di quali benefiche influenze possa essergli largo. Che se poi vorremo esaminare quali parti del grande Ospedale siangli immediatamente vicine, facilmente ci accorgeremo che anche sotto questo riguardo non possa chiamarsi fortunato.

Dal lato nord-ovest, diviso per altro da sufficiente area, prospetta

sale chirurgiche e mediche *riservate alle croniche*, ed è facile immaginarsi che cosa racchiudono quelle sale, quali ammalati e quali dolori alberghino.

Le sale Pastori sovrastano ad un comparto medico di pediatria, e precisamente la camera che sottostà alla sala delle operazioni laparotomiche, è quella destinata a tenere in osservazione i casi sospetti di forme esantematiche, morbillo, scarlattina, varicella, ecc.

Nè ciò basta, poichè l'ampia spianata che sta a nord-est delle dette sale, e che concede ad esse quel carattere di spaziosità e di aereazione che le renderebbe preferibili alle altre, è usufruita dalla attigua lavanderia per distendere ai raggi solari il numeroso bucato di tutte le sale ospitaliere, non escluso quello delle sezioni contagiose (vajolosi, difterici, scarlattinosi, ecc.)

La spianata di cui si disse, finisce direttamente col canale interno della città, col Naviglio, due volte all'anno esalante miasmi poco gradevoli all'olfatto, durante il tempo della così detta *asciutta*. Ad onta delle misure ultimamente prese pel miglioramento di tale corso d'acqua, pure è bene che si sappia che in esso notansi ancora numerose immissioni di scoli immondi, di chiaviche, di rifiuti di stabilimenti industriali, tintorie, fabbriche di spiriti, preparati chimici, concerie di pellami, ecc.

Chi non è milanese, o chi non ebbe occasione di constatare coi propri occhi ciò che sia il letto del Naviglio (ad onta della recente modificazione) nelle due occasioni accennate, non potrà mai figurarsi di quanti e di qual fatta di rifiuti esso sia il ricettacolo.

Non è qui il caso che io mi diffonda in minuziose particolarità, nè l'indole del presente lavoro mi consente di spezzare una lancia contro tale sozzura attraversante la Metropoli lombarda. Basti a me solo il far ricordare, come, prima ancora che gli albori delle dottrine antisettiche avessero ad apparire sull'orizzonte dell'igiene, il conte Agostino Litta, nel secolo scorso, proponesse un sistema per la *spurgazione* del Naviglio (1), e come l'imperatore d'Austria Francesco Giuseppe I, in occasione di una sua visita all'Ospedale nell'anno 1857, decretasse lo interramento del Laghetto confinante col fabbricato ospitaliero, tali erano

---

(1) V. *Mediolanum*. T. I, pag. 54.

le insalubri emanazioni che da esso si sollevavano a scapito della salute dei ricoverati.

Oltre a tali deliziose vicinanze, il comparto è eziandio posto sottovento degli effluvi che partono dal depositorio dei cadaveri e dalle sale delle necroscopie, appunto lungo il Naviglio stesso, situate in quella indecente catapecchia che forma, diciamolo pure, una vergogna del nostro Ospedale, cui se il Consiglio non ha ancora posto provvedimento, è solo pel fatto, che non del tutto perduta è la speranza di vedere annullata dal Ministero la deliberazione del Consiglio Provinciale circa la ricostruzione della Maternità, sull'area su cui oggidì si trova, dipendendo dall'esito di tale vertenza la possibilità dell'attuare riforme radicali (1).

Ciò detto, lascio al lettore l'apprezzare le difficoltà incontrate nel rendere possibile e nel mantenere un ambiente idoneo alla chirurgia ostetrica e ginecologica, ed informato di ogni minimo particolare si persuaderà vieppiù di ciò che il Prof. Mangiagalli pubblicava fino dal principio dello scorso anno: « *La difesa deve essere assidua, continuamente vigile, formidabilmente armata non solo per impedire lo sviluppo della sepsi, ma per isolare, disinfettare, rendere innocui i focolai di infezione che perennemente alimentati da tutto quanto ci viene dal di fuori, costituiscono una minaccia continua, permanente, un pericolo che l' infezione dilaghi e contamini quelle che partorirono o che furono operate.* »

Certo che penoso è il dover essere costantemente in guardia contro gli attacchi dei nemici che ci circondano, ma altrettanto maggiore è la ricompensa, se i risultati ottenuti saranno tali da lasciar lusinga di poter conseguire in avvenire sempre più brillanti vittorie.

Ed anche i risultati dei primi quindici mesi potranno sembrare soddisfacenti per poco si rivolga il pensiero all'ambiente in cui vennero conseguiti: ambiente non del tutto organizzato, e mal preparato alla metamorfosi che doveva subire, e al fatto che nessuna selezione di casi venne operata dal Prof. Mangiagalli, più preoccupato della necessità di portare i soccorsi dell'arte anche nelle più gravi evenienze e più curante di tentare un ultimo sforzo per sottrarre ammalate in condizioni gravissime al destino che le attendeva, che di sfuggire la responsabilità o di preparare con saggio accorgimento le brillanti statistiche.

---

(1) Porro, *Riforme attuate ed in progetto per l'Ospedale Maggiore di Milano.*

Ed ora, prima di chiudere questo cenno, faccio voti che l'onorevole Consiglio, che tanto si mostrò propenso alle accennate migliorie, e che fu sì largo di concessioni, possa presto trovarsi in grado di modificare l'attuale stato di cose in molte parti della grave gestione ospitaliera, e mandare ad effetto la erezione del nuovo ospedale chirurgico, il quale oltre che ad essere di urgente bisogno, varrà a mantenere alto il nome della nostra Milano e del massimo suo istituto di beneficenza.

***

Il grande cumulo di fatti e di note consegnate alle storie cubiculari delle ammalate che trovarono ricovero nelle sale del comparto dall'ottobre 1888 al dicembre 1889, m'impose di necessità un ordinato procedere nello spoglio delle storie stesse, o m'obbligò a compilare delle tabelle in cui, in modo riassuntivo, avessero ad emergere alcuni dati, che qui non riporterò, se non per dare una idea generale della grande attività clinica ed operativa manifestata.

Se non che, non per moltiplicare questi quadri, ma per voler evitare di offrire in una unica vasta e nuda tavola nosologica le varie forme morbose divise in classi e sotto classi, io mano mano, a seconda dei capitoli che verrò a trattare, offrirò dei piccoli specchietti riassuntivi, in ciascuno dei quali troverà la ragione di essere qualche finca speciale, che male si sarebbe compatita colla compilazione di un' unica tavola.

Incominciai pertanto a dividere il lavoro in due grandi sezioni:

I. Sezione ginecologica;

II. Sezione ostetrica.

Ogni sezione fu suddivisa dietro ordine anatomico in classi; ognuna di queste ultime è rappresentata da uno speciale capitolo.

Ma il comparto ricovera altresì nutrici e puerpere: delle prime vennero considerate a parte quelle la cui degenza fu giustificata da malattia medica o chirurgica; le poche che ci pervennero per forme ginecologiche furon comprese nella prima sezione.

Le ammalate, che ci giunsero come puerpere, vennero da me comprese nella seconda sezione, od ostetrica. Questa pertanto figura suddivisa in due parti; nell'una sono raccolte le gravide, che rammento, al lettore, essere tutte contemporaneamente affette da malattia medica o

chirurgica, nell'altra figurano tutte le puerpere che come tali arrivarono nel comparto.

Siccome la massima parte di queste, furono ammalate di forme infeziose, come già esposi, era naturale che le dovessi trattare separatamente perchè non si confonda la loro mortalità con quella verificatasi nelle donne che divennero puerpere nell'istituto.

Uno speciale paragrafo metterà ancora più in evidenza il movimento delle sale riservate alle forme infeziose.

Riassumo nel seguente quadro il movimento generale delle ammalate:

ANNO	MESE	Entrate	Uscite	Morte
	Esist. al 1.° ottobre	32		
1888	Ottobre	77	61	5
	Novembre	62	58	3
	Dicembre	74	66	6
1889	Gennaio	62	53	8
	Febbraio	64	60	4
	Marzo	66	57	8
	Aprile	83	60	6
	Maggio	80	75	7
	Giugno	96	95	4
	Luglio	65	67	3
	Agosto	100	84	7
	Settembre	91	90	5
	Ottobre	86	79	8
	Novembre	86	77	3
	Dicembre	72	84	1
		1196	1066	78
			1144	

Rimaste al 1.° gennaio 1890 = N. 52.

Dal mese di aprile in avanti, si scorge un aumento considerevole nelle ricoverate pel fatto della annessione delle nuove sale ostetriche. Il mese di luglio reca una cifra bassa, perchè ad una ad una le sale furono vuotate (essendo stata sospesa l'accettazione delle ammalate) per dar mano alle operazioni di disinfezione ed imbiancatura dei locali che si pratica una volta all'anno. Abbiamo una media mensile di 79,72 per le entrate, di 71,06 per le uscite, di 5,20 per le morte.

SEZIONE GINECOLOGICA

Classe I. — Malattie della vulva e del perineo.

A. *Ascesso della ghiandola di Bartolini 2* — **B.** *Ematoma vulvo-vaginale 2*
C. *Cancroide vulvare 1* — **D.** *Lacerazioni perineali* (antiche) *3.*

A. Nei due casi di ascesso della ghiandola del Bartolini, nulla vi fu di particolare degno d'essere ricordato. Una delle due donne era contemporaneamente gravida al VII mese (primigravida); vennele praticata la incisione semplice dell'ascesso; nella seconda (nullipara) oltre alla incisione fu fatto il raschiamento della cavità ascessuale, indi la sutura (seta). Si ebbe guarigione per prima.

***

B. Comprendo nella Sezione Ginecologica i casi di trombi vulvo-vaginali, che nel nostro comparto giunsero come puerpere, quantunque si dovrebbero classificare a tutta ragione fra le malattie della Sezione Ostetrica.

OSSERVAZIONE I.

Ematoma del gran labbro destro e della vagina.

24 - 8 - 89, anni 23. Cont. Marit. Viene in comparto essendo puerpera del 1.° parto che avvenne da un dì. Presentazione cefalica, parto precipitoso, secondamento naturale. Quattro ore dopo insorse dolore vivo ai genitali, e tosto si accorse di un tumore alle grandi e piccole labbra di destra. L'utero è fortemente obliquato a destra, arriva col fondo a 2

dita sopra il bellico, il grande labbro di destra è tumido, elastico; tesa, dolente la cute e la mucosa di color rosso cupo. La tumescenza copre anche le parti omonime del lato sinistro, si nota lacerazione della forchetta e qualche altra piccola lacerazione bilaterale. Il dito riscontra che il lato destro della vagina si protende verso sinistra delimitando una tumescenza elastica che occupa tutta la vagina rendendone il lume simile ad una fessura. Il collo uterino non è raggiungibile. Non si riscontrano varici nè agli arti nè ai pudendi. Apiretica.

Giorno 27, 37° 8. Il trombo nel gran labbro si è fatto più consistente, nella vagina invece si trova elasticità maggiore ed un piccolo foro che conduce nella cavità dell' ematoma: si spacca ampiamente la parete vaginale di color ardesiaco e se ne escidono i lembi. Si portano fuori i coaguli con irrigazione borica calda. Tamponamento con garza iodoformica. Non si avvera emorragia. Fasciatura compressiva. A sera svolgendosi odore fetido si ricorre di nuovo ad una irrigazione, si raschia anche la cavità col cucchiaio esportando ancora lembi gangrenati.

Giorno 28, T. 38. Nuovi lembi gangrenati si asportano col cucchiaio.

Giorno 29. Apiretica, tolto il tampone, irrigazioni giornaliere.

La guarigione progredisce normalmente, il 17. 9 la piaga è quasi del tutto cicatrizzata.

OSSERVAZIONE II.

Enorme trombo vulvo vaginale in puerpera.

3 - 10 - 89. Anni 21. Sarta, maritata. Nulla di speciale nell'anamnesi remota. Mestrui a 14 anni regolari. Dopo una gravidanza che decorse normale, partoriva a termine (primipara) un feto in presentazione di natiche dopo lungo travaglio. Cinque ore dopo il parto avvertì un ingrossamento ai genitali, ingrossamento che andò aumentando fino al momento del suo ingresso, senza che mai siasi accompagnato a dolore alcuno. Non sofferse di flebectasie agli arti nè di emorroidi. Alla ispezione si riscontra alla regione vulvo-perineale una tumescenza la quale occupa tutta la parte sinistra protendendosi a destra in modo da mascherare il rafe perineale e l'apertura vulvare. La tumescenza si spinge dal monte di Venere fino alla regione glutea, più sviluppata nel senso longitudinale, e limitata all'esterno dal solco inguino-crurale. Misura nel senso longitudinale cent. 37 e 15 nel trasversale. È di consistenza elastica, pastosa, non fluttuante; e mentre che nella metà inferiore è rivestita dalla cute perineale e glutea, che presenta una colorazione pavonazza, nella parte superiore la detta tumescenza è costituita dal grande labbro assai disteso, lucido, brillante per edema di grado ragguardevole specialmente nella faccia mucosa; anche il piccolo labbro partecipa all' edema. Cer-

cando di sollevare il tumore in modo da mettere a scoperto l'ostio vulvare, si scorge l'ingresso della vagina occupato da un enorme trombo, il quale si continua all'esterno direttamente colla cennata tumescenza, ed all'interno ed in alto col canale vaginale che riempie completamente lasciando una striscia libera lungo la parete pelvica di destra, in cui si insinua il dito esploratore. La vagina è assai allungata dalla tumescenza che arriva fino allo stretto superiore; il collo dell'utero non è raggiungibile ed il corpo uterino, inclinato notevolmente a destra, si trova a 3 dita al disopra del bellico, malgrado lo stato di vacuità della vescica. La palpazione profonda della fossa iliaca sin. fa notare un'oscura sensazione d'intasamento, come se il cellulare sottosieroso della regione partecipasse alla costituzione del trombo. -- Negativo l'esame generale. Solo rumori inorganici al cuore. Orine scevre d'albume. La donna si lagna solo al tocco della parte tumefatta.

Giorno 4, apiretica. Vescica di ghiaccio.

Giorno 5 a vespro 38, 3.

Giorno 6, 38, 9. Previa cloronarcosi e disinfezione accurata, si procede allo svuotamento attraverso ad una breccia praticata nella mucosa vaginale. Una massa di coaguli grossa quanto una testa fetale occupa lo spazio (disseccato) lungo tutto il lato sin. della vagina, dal gran labbro allo stretto sup. Si disinfetta bene il campo, indi zaffamento con garza iodoformica; drenaggio della vagina pei lochi, fasciatura compressiva.

Giorno 7, 38, 38, 7.

Giorno 8. Lochiazione mista, fuor esce il drenaggio, si muta il tampone, si pongono 2 drenaggi uno in vagina l'altro nella cavità del trombo. Giorno 9 benessere. Giorno 11, 12 progredisce nella guarigione solo ritardata da concomitante furuncolosi.

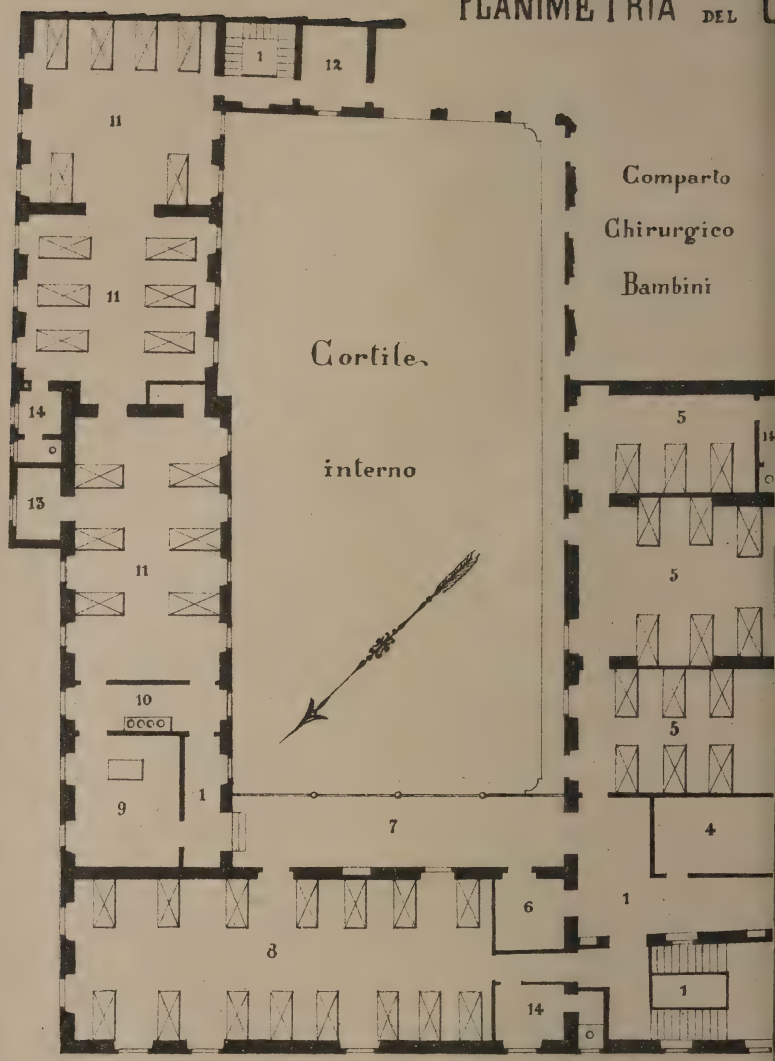
Ho voluto riportare le due osservazioni, sembrandomi esse presentare dei punti interessanti. Questa affezione è piuttosto rara, infatti Deneux (1) in 40 anni di esercizio ne raccolse 3 casi, ed al dire di Charpentier, Dubois sopra 1400 parti ne ebbe 3 casi, Winckel 1 sopra 1600, Hervez de Chégoin in 20 anni vide una sol volta tale malattia, Guéniot, Perret, Bouchard ciascuno 2 casi, e allo stesso Charpentier fu dato registrarne uno sopra 1800 parti. In Vienna si osservarono 18 ematomi sopra 33,241 parti mentre Hugenberger l'osservò 11 volte in 14,000 parti. (Handbuch der Geburtshülfe herausgegeben von P. Müller, 1888).

---

(1) Sur les tumeurs de sang de la vulve. Paris, 1830.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS IN IRELAND
21 MAR 90
LIBRARY

PLANIMETRIA DEL C



Prato della Lavanderia e Giardino

GINECOLOGICO OSTETRICO

EDALE MAGGIORE

DI

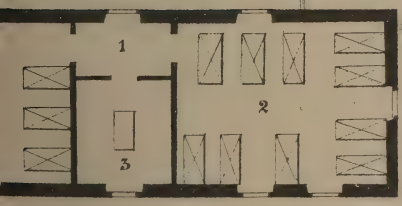
MILANO

bbriche annesse alla Chiesa di St Nazaro

orte comune

colla

nica di St Nazaro



0 10 Metrica

Indicazioni

1 *Scale e passaggi*
2 *Sale Ostetriche*
3 *Sala da parto*
4 *Camera delle levatrici*
5 *Sale Monteggia = Comparto infettiose*
6 *Cucinetta*
7 *Terrazzo coperto*
8 *Sala Ginecologica*
9 *Sala d'Operazioni*
10 *Armamentario e Lavabo*
11 *Sala Pastori - (Operande Operate)*
12 *Bagno*
13 *Laboratorio*
14 *Latrine e ripostiglio.*

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
21 MAR 90
LIBRARY

Un fatto degno di nota è questo, che di solito dagli autori, fra le cause di tali spandimenti, viene annoverata e la pluriparità e la presenza di varici ai genitali.

Le nostre due osservazioni per contrario si riferiscono a donne primipare; una partoriva precipitosamente un feto in presentazione cefalica, l'altra dopo lungo travaglio in presentazione di natiche. In entrambe non venne constatata la benchè minima varicosità.

Secondo Deneux, il trombo dovrebbe aver luogo specialmente nelle pluripare per il fatto che in esse si notano con maggior frequenza le varici, ma, come giustamente osserva l' Hervieux (1), le varici della vulva e della vagina sono affezioni assai frequenti nella donna incinta ed essendo per converso il trombo una malattia rarissima, ne viene di conseguenza che esse varici debbano avere una importanza affatto secondaria.

La primiparità associata a quelle particolarità accennate nei parti, io credo possano essere state cause determinanti l'emorragia nelle due donne. Infatti non è cosa verosimile, che, date alcune peculiari circostanze a carico dei vasi (superficialità, anomalie di distribuzione, fragilità), astrazion fatta dalle varici, ed indipendentemente da queste, sia avvenuta la rottura di un vaso, allorquando il prodotto del concepimento attraversava la filiera pelvica, la vagina e la vulva non per anco sfiancate dai parti precedenti? In un caso le gagliarde contrazioni uterine, forse anche soverchiamente frequenti, possono non aver lasciato il tempo sufficiente alle parti di espandersi grado a grado per il passaggio della parte presentata, e così, per la rapida distensione, può essere avvenuta la lacerazione del connettivo e di qualche vaso.

Nell'altro, nella quale abbiamo un travaglio di lunga durata, pure in donna primipara, non può essere invocata la diuturna compressione delle parti, come causa di arresto del circolo, di arrestata nutrizione o profonda alterazione delle pareti vasali e di emorragia?

Certo che molte cause staranno in gioco nella produzione dei trombi, ma le varici ormai sono radiate anche dalle cause predisponenti. Perret, su 43 casi raccolti, trovò le varici notate soltanto due volte. Dubois e Laborie, nelle rispettive memorie, si limitano ad accennarle senza insistere.

---

(1) Traité clinique et pratique des maladies puerpérales. Paris 1870.

Varrà lo sviluppo del sistema vascolare e la lassezza del cellulare pelvico ma ciò che deve avere maggiore importanza, io credo essere tutto ciò che si tolga dal consueto e normale andamento nella espulsione del feto, sia che questo precipitosamente esca producendo in modo diretto o per contraccolpo una rottura dei vasi, sia che una resistenza esagerata delle parti che devono lasciarsi distendere dalle fetali (in condizioni abnormi per volume e presentazione) obblighi l'utero a tali sforzi, che compresse le parti molli del bacino ed i vasi stirati dal progredire della parte impegnata questi si contundano e si lacerino coll'esito della emorragia.

Circa l'andamento e la cura, nulla debbo aggiungere alle accennate osservazioni: l'andamento verso la guarigione fu rapido, stante il pronto e radicale trattamento, che scongiurò i danni di un assorbimento di materiali putridi e profondamente annidati in una tasca anfrattuosa, e ciò specialmente nella seconda osservazione, in cui il trombo si estendeva nel territorio intrapelvico.

***

C. Fra le neoplasie vulvari occorse solo un caso; e fu di forma piuttosto rara, cioè a dire un *cancroide primitivo vulvare* con secondaria diffusione ad una porzione della vagina.

Lo Schroeder, nel suo trattato di ginecologia, dice averne operato un caso in cui non ebbe ad osservare recidiva, la quale di solito si manifesta a carico dei ganglii inguinali. Hegar e Kaltenbach, nel loro trattato di ginecologia operatoria, riportano che Neugebauer fece pure con successo l'estirpazione di un cancroide vulvare, ma si servì del galvano cauterio.

Mundé narra due casi da lui operati mercè dieresi cruenta, in uno dei quali venne fatta parziale resezione dell'uretra. *(American Journal of Obstetrics.* May 1889).

Martin *(Traité Clinique des Maladies des femmes, 1889),* espone un caso da lui operato con esportazione di un ganglio inguinale degenerato, in cui non osservò recidiva per 5 anni di seguito, ed altri 3 operati con varia fortuna, in cui si trova molta rassomiglianza col nostro per quanto concerne i limiti della diffusione del neoplasma.

Nella nostra osservazione, ad onta della vasta e profonda ablazione

del tessuto degenerato, ottenuta col far cadere il tagliente su parti sane e vascolarissime, l'emorragia non fu grave perchè prontamente dominata da numerose allacciature e da filipressura coll' intermedio di piccoli cilindri di garza iodoformica.

Cancroide della vulva e porzione anteriore della Vagina.
Ninfotomia, resezione uretro-vaginale.

4. 12. 89. Anni 48. — Contadina maritata. Mestruò per la prima volta a 16 anni, e gli scoli si mantennero regolari. Fu gravida 14 volte, partorì sempre normalmente. Ultimo parto 10 anni fa. Della malattia che la travaglia si accorse, a suo dire, soltanto da 3 mesi, cioè quando un tumoretto grosso come un lampone, cominciò a darle dolori lancinanti. Venne poi in iscena perdita purulenta, saniosa, fetida.

Il grande labbro di sinistra è convertito in un'ampia massa neoplastica vegetante come cavolfiore facilmente sanguinante. Detta massa invade tutto il vestibolo, clitoride, meato urinario e 2/3 superiore del grande e piccolo labbro di destra e porzione anteriore della vagina. I gangli inguinali erano ingrossati come ceci e come piccoli fagiuoli mobili. Soggetto assai deperito, presentava note di esaurimento generale e di enfisema polmonare.

Il 14. 12. 89 si praticava l' asportazione totale del tumore, vulva, ninfe, clitoride, e resecando parzialmente l' uretra e la vagina. Tanto l'uretra come il lembo vaginale venne suturato (seta) colla cute; l'emostasi fu accurata quanto laboriosa. I punti di sutura si levarono in 6º giorno; la adesione fu per prima in quasi tutto il tragitto, e l'orificio uretrale rimase fisso aderente al margine vaginale.

Le miserrime condizioni generali della donna, e lo stato di grave collasso in cui si trovava, non permisero nella stessa giornata della operazione di prolungare questa per asportare quei gangli di cui si fece cenno. La paziente in seguito, sembrandole di essere completamente guarita, essendole stata tolta quella ributtante massa ulcerata, volle partire.

***

D. In questo paragrafo raggruppo solo le lacerazioni perineali di antica data già passate a cicatrizzazione. Di quelle recenti offerteci da puerpere, in cui spesso per non dire quasi sempre si osservò qualche complicanza, verrà fatto cenno altrove. Così pure qui non figurano quelle lacerazioni presentate da donne contemporaneamente affette da prolassi utero-vaginali.

Osservazioni	Data dell'ingresso	Età	Data della lacerazione	Parti antecedenti	Grado della lacerazione ed osservazioni riferibili ai parti	Complicanze morbose	Operazioni: subite altrove	Operazioni: nel comparto	Materiale di Sutura	Coalito	Risultato: prossimo	Risultato: remoto	Osservazioni
I.	30 — 88 — 10	24	3 mesi		completa forcipe	incontinenza fecale	Sutura non attecchita	perineorafia Lawson-Tait	argento o seta	perfetto	buono	ottimo dopo un anno	Non si notò in queste alcuna tendenza al prolasso delle pareti vaginali. Vedi laceraziori perinali complicate a prolassi utero vaginali. — Osservazioni 16, 18, 25.
II.	25 — 89 — 1	45	antica non precisata	11	incompleta	metrite parenchimatosa	—	idem ed amputaz. vaginale del collo	seta	idem	idem		
III.	16 — 89 — 9	36	idem	7	incompleta	retrovers. laceraz. bilater. del collo	—	idem e tracheloraffa	seta	idem	idem	fino a tutto genn. 1890	

Ho riunito in questa tavola solo le cose principali meritevoli d'essere ricordate, poichè il presente argomento verrà fatto oggetto di una memoria dal prof. Mangiagalli.

(Continua).

RASSEGNA OSTETRICA

Dott. Luigi Acconci. — **Dei cistomi ovarici in rapporto con le funzioni generative.** — *Gazzetta Medica Lombarda,* 1889, NN. 45-52.

L'A. inizia il proprio lavoro classificando i cistomi ovarici e quindi ne studia la struttura, l'origine, lo sviluppo: parla delle *cisti semplici* (ovariche, tubo ovariche, del legamento largo), delle *cisti dermoidi*, dei *cistomi proliferanti* sui quali ultimi dirige in particolare la sua attenzione: e però, fatto cenno dei diversi modi con cui detti tumori si sviluppano, illustra con osservazioni proprie macroscopiche e microscopiche le due classi di cistomi di Waldeyer *(proliferum papillare, proliferum glandulare)* non che l'altra descritta dall'Olshausen indicandone l'istogenesi; ed avendo avuto l'opportunità di riscontrare gli ovuli primordiali frammisti agli elementi costitutivi l'epitelio di rivestimento di un cistoma proliferante, accoglie la teorica del primo tra i citati Autori che li farebbe derivare dai tubi di Pflüger; narra il caso clinico osservato; presenta alcune tavole micrografiche illustrative; passa in rivista le idee istogenetiche professate dai clinici e dagli anatomo-patologhi; e giunge a queste conclusioni: 1.° che i cistomi proliferanti provengono da un abnorme sviluppo dei tubi di Pflüger; 2.° che essendo codesti di origine epiteliale sono da considerarsi come di cattiva indole, ma devono essere distinti clinicamente dai carcinomi; 3.° che non sono sempre di origine fetale mentre la produzione dei tubi di Pflüger avviene normalmente in tutte le epoche della vita.

Entra di poi l'A. nell'argomento speciale intorno cui prese a discorrere e tratta in primo luogo dell'influenza dei cistomi ovarici sulle funzioni degli organi generativi all'*infuori della gravidanza*: quanto alla *mestruazione* rileva la variabilità dei relativi dati anamnestici nelle donne affette da cistoma ovarico e la difficoltà di ricavarne concludenti indizi avvegnachè in genere essa procede abbastanza regolarmente, verificandosi però anche casi di amenorrea (frequente nei tumori a rapido sviluppo o con deperimento di tutto l'organismo), e di dismenorrea (per spostamenti uterini od irritazione esercitata dal tumore sull'ovaia), e talora anche di metrorragia: crede tuttavia doversi tener conto del modo con cui si compie sia per stabilire la diagnosi differenziale tra gravidanza e cisti ovarica, sia per constatare l'eventuale concorrenza dei detti due stati; circa *l'ovulazione*

o fecondazione nota che la degenerazione cistica dell'ovaio deve necessariamente produrre una diminuzione ed anche la completa soppressione dell'ovulazione, accenna alle statistiche donde risulta che i cistomi ovarici sono causa di minori concepimenti (14-74 0[0 di sterilità) e stima che tale difetto può dipendere eziandio dalla alterazione prodotta dal tumore sui rapporti normali tra l'utero, le trombe e le ovaie.

Procede il Dott. Acconci a dire della *complicazione dei cistomi colla gravidanza:* siffatta concorrenza, per gli accidenti che possono verificarsi, agisce molte volte come causa di vicendevole influenzamento sui due diversi stati e sull'uno e sull'altro insieme, più frequentemente si tratta di cistomi proliferanti ma un contingente notevole è pur dato dalle cisti dermoidi.

Si domanda l'A. se le complicazioni che avvengono nei cistomi concorrentemente alla gestazione dipendono veramente ed esclusivamente da questa: e risponde, giusta la più comune opinione, che nella più gran parte dei casi la gravidanza agisce sui medesimi, come sui fibromi e sui carcinomi, aumentandone il volume: in conferma di che riporta una osservazione di cisti piccola da lungo tempo stazionaria che col sopraggiungere della gestazione prese a svilupparsi rapidamente; ma non reputa comprovato il fatto asserito da Wernich che la gravidanza trasformi i cistomi dell'ovaio in tumori di natura maligna: ed aggiunge che in ogni ipotesi tale metamorfosi sarebbe rarissima. Riguardo alla posizione rispettiva dell'utero e del tumore crede che mentre nel cistoma della cavità addominale e di quella pelvico-addominale le complicazioni si verificano durante la gravidanza ed il parto ne è poco influenzato, nel tumore sviluppatosi invece nel piccolo bacino avvenga il contrario: annovera fra le complicazioni la peritonite parziale con effetto di aderenze, l'emorragia nella cisti anche senza torsione del peduncolo, la suppurazione, e la rottura della cisti la quale succede più frequentemente durante il parto od il puerperio mentre la torsione del peduncolo sembra pure favorita dalla gravidanza; notando però che anche a parto espletato (sua osservazione), può avverarsi come effetto della gestazione l'attorcigliamento degli intestini attorno il peduncolo, ed anche lo strozzamento della cisti nel canale inguinale.

Quanto all'influenza dei cistomi sulla gravidanza afferma l'A. che, mentre quelli a lento sviluppo recano lievi o non apprezzabili disturbi ben diversamente agiscono gli altri di rapido aumento voluminoso; ed invero per il solo effetto meccanico possono verificarsi fenomeni dolorosi di compressione degli organi della cavità toracica e addominale; i grossi tumori addominali producono i maggiori disturbi, ma anche i piccoli a sviluppo endopelvico ponno determinare difficoltà nelle funzioni della vescica e del retto; nè basta, imperocchè alcune volte sono causa di deviazioni uterine come, ad esempio, la retroversione, da cui l'aborto; inoltre l'ostacolo che il cistoma pone allo sviluppo dell'utero può destare una prematura contrazione di questo ed impedirne anche l'uscita dal piccolo bacino

ostruendo l'ingresso pelvico: arroge che la compressione esercitata dal tumore può agire sul feto come causa di difettosa conformazione.

Tratta in seguito il Dott. Acconci delle *complicazioni durante il parto, il secondamento ed il puerperio.*

Dice che durante il parto, nella maggioranza dei casi, la contrazione uterina non è disturbata dal neoplasma ovarico: alcuni però credono che la compressione dipendente dal tumore aumenti i dolori, altri invece avrebbero osservato che produce inerzia; quest'ultimo caso succede quando il cistoma si è sviluppato nella cavità addominale e non fa ostacolo alla discesa del feto, ma quando invece il cistoma ha la sua sede nella cavità pelvica e presenta impedimento al compiersi del parto la contrazione uterina diviene più energica e l'utero facendo forza contro l'ostacolo può anche rompersi. La inclinazione dell'utero prodotta dallo spostamento può deviare la direzione della forza delle contrazioni e rendere più lungo il travaglio del parto: ma relativamente al feto pare non abbia grande influenza la complicazione in esame riguardo alla presentazione. Il numero dei cistomi, la località in cui si sono formati, lo spessore delle loro pareti, la fluidità del loro contenuto, la resistenza delle loro aderenze quando abbiano sede nel piccolo bacino, sono circostanze che devono prendersi in considerazione per valutare il grado di ostacolo che oppongono al passaggio del feto, passaggio che può aver luogo spontaneamente qualora il tumore non sia stato respinto dall'utero sopra lo stretto superiore ma verificandosi uno dei casi seguenti: l'appiattimento o riduzione spontanea del cistoma; la rottura di questo: la sua discesa *in toto* al davanti del feto; eventualità delle quali la prima è piuttosto rara e fortunata, la seconda frequente e grave, l'ultima eccezionale; ma non è da credersi che nell'avvertita complicazione il parto spontaneo sia molto frequente ed infatti Berry raccolse 54 osservazioni in 27 delle quali occorse l'intervento operatorio.

Nel più gran numero dei casi, come riferisce l'A., il distacco e l'espulsione degli annessi fetali non sono influenzati dalla presenza del cistoma ovarico; si è però in alcuni casi verificato che il cistoma ridotto spontaneamente od artificialmente riprendesse dopo il parto la sua sede primitiva e deviando e comprimendo l'utero ostacolasse l'uscita degli annessi: può essere malagevole la cura dell'emorragia *post partum* stante la presenza del tumore; ma più gravi accidenti occorrono durante il puerperio ogni volta nel cistoma, per il traumatismo subito durante il travaglio del parto, si produce una infiammazione la quale può provocare la suppurazione e la rottura della ciste.

Passa in appresso l'A. a dire della *diagnosi* e della *prognosi;* la prima deve essere diretta a stabilire il fatto della gravidanza e dell'esistenza di un cistoma dell'ovaio; l'anamnesi sarà accurata e l'esame della paziente dovrà farsi spesso con tutti i mezzi insegnati per riconoscere i dati differenziali tra quello e gli altri tumori: la posizione rispettiva dell'utero e del neoplasma rende a volte facile e a

volte difficilissimo il diagnostico; l'idramnios o l'ascite concomitanti alla gestazione possono essere causa di errore, e la neoplasia in discorso, se a sviluppo endopelvico, può essere scambiata coll'utero o con un tumore solido; la seconda deve tener conto della facilità dell'aborto e della gravità della situazione giunta che sia la gestazione a termine, e se è sfavorevole per la madre lo è ancora più per il feto.

Viene a parlare di poi il Dott. Acconci della *terapia* occorrente nella specie: nota come oramai sia universalmente rigettato il sistema del non intervento quando è accertata la presenza di un cistoma; cita al proposito la pratica di Spencer Wells, ed osserva che in generale non vuolsi procedere con metodo unilaterale, ma seguire invece quella maniera di cura che le singole circostanze dimostrassero meglio conveniente distinguendo altresì il caso in cui il tumore si è sviluppato nell'addome da quello in cui è cresciuto nella cavità pelvica o si è manifestato nell'uno e nell'altra insieme, e ponendo mente ancora a quando si tratta di gravidanza o invece di parto.

Durante la gestazione per i cistomi ovarici sviluppati nella cavità addominale si hanno tre metodi curativi: l'*interruzione artificiale della gravidanza;* la *puntura;* l'*ovariotomia:* — dice l'A. che il primo sistema già sostenuto da Barnes, è soltanto temporaneamente radicale perchè nella donna rimane pur sempre il fatto morboso che produsse la complicazione e non vale ad evitare l'influenza dannosa del parto sul tumore, senza contare la gravità del pronostico riguardo al feto; prosegue affermando che il secondo modo terapeutico, diffusamente praticato in altri tempi, non è privo di pericoli perchè oltre gli altri comuni ad utero non gestante vi è quello di ferire detto viscere espanso per causa della gravidanza ma ciò nullameno, come mezzo palliativo che non disturba il progresso della gestazione, può soddisfare ad urgenti indicazioni e giovare nei casi in cui l'atto operativo veramente radicale sarebbe disastroso o troppo difficile; e da ultimo, discorrendo dell'ovariotomia, mentre osserva che tale maniera di cura non pregiudica il regolare andamento dello stato gravidico nota come sia indicata tutte volte si tratti di cistoma a rapido decorso o multiloculare o quando sianvi sintomi di gravi accidenti avvenuti nel tumore quali la rottura, la torsione del peduncolo e simili: aggiunge che gli autori sono d'accordo nel praticare l'operazione nei primi cinque mesi quantunque al momento non vi sia urgenza avvegnachè la prognosi sia assai favorevole: insegna doversi affondare il peduncolo, evitare il drenaggio, e suturare a tre piani perchè potendo accadere il parto prima della adesione dei bordi della ferita importa assai di avvicinarli saldamente.

Quanto ai *cistomi sviluppati nella pelvi* l'A. comincia proponendosi il dubbio se siano da trattarsi preventivamente durante la gravidanza mentre è riconosciuto che esercitano una influenza dannosa speciale od anche esclusiva all'atto del parto. Ricorda che in argomento vennero immaginati gli stessi mezzi più sopra discorsi

per i tumori addominali ed inoltre anche la *riduzione*; parlando di questo metodo, il quale consiste nel respingere il cistoma nella cavità addominale ed è simile al trattamento che si pratica per la riduzione dell'utero retroverso, nota che richiede la posizione di Kilian e spesso la narcosi per ottenere una maggior rilasciatezza delle pareti addominali insieme a risparmio di dolore, soggiungendo che sarà più utile adottarlo durante il parto che non nel corso della gravidanza onde evitare il facile ritorno del tumore ridotto nella posizione primitiva; dice che pochissimi sono i casi segnalati per la *puntura* e crede dovervisi ricorrere quando riesca impossibile di adoperare un altro metodo più razionale facendo in certo modo eccezione per i tumori a sviluppo intralegamentoso importanti disturbi alle funzioni della vescica e del retto o forti dolori sacrali, ove non sia conveniente ricorrere all'interruzione della gravidanza od all'ovariotomia; riferendosi poi a quanto già espose in ordine ai cistomi addominali, accoglie completamente la proposta di Olshausen, doversi *l'interruzione della gestazione* riservare per quei casi rari in cui l'estirpazione non è possibile, nè la puntura è da consigliarsi ed il tumore aderente al piccolo bacino si suppone debba essere d'un grande ostacolo al parto, facendo però limitazione di esaminare se debba per avventura darsi la preferenza al taglio cesareo ed all'ovariotomia quando la gravidanza sia giunta a termine; e finalmente, accennando all'*ovariotomia* osserva che proposta da Heiberg per la via della vagina negli ultimi mesi della gravidanza non venne per anco praticata e fu raramente eseguita per la via addominale sopra cistomi a sviluppo intrapelvico complicanti la gestazione avvegnachè l'atto operativo è reso assai difficile dalla presenza dell'utero gravido e se poi il tumore fosse a sviluppo intralegamentoso e si dovessero fissare alla ferita addominale le pareti di una sezione di sfera del cistoma, l'esito dell'operazione sarebbe posto in grave pericolo quando sopravvenisse il travaglio del parto; per il che ritiene essere l'ovariotomia indicata solo quando vi sia la sicurezza, difficilmente però determinabile, di estrarre per intiero il tumore.

Discorrendo della *terapia durante il parto* l'A. ricorda che i cistomi del piccolo bacino sono quelli i quali oppongono maggiori e seri ostacoli alla liberazione della donna; e però raccomanda di lasciare un certo tempo all'aspettativa. Riconosciuto il modo di comportarsi del tumore durante la contrazione uterina qualora la cisti non dimostri tendenza ad appiattirsi od a risalire al disopra della presentazione si dovrà intervenire agendo o sul tumore o sul feto o sopra entrambi insieme a norma dei casi. Qualifica la *riduzione* per il modo di intervento che imita più dappresso la natura e talora riesce a buon fine anche quando il tumore sembra solidamente mantenuto al davanti della parte che si presenta; l'atto operativo deve essere preceduto dalla narcosi ed eseguirsi delicatamente per la via vaginale, meglio che pel retto, con due dita o anche con tutta la mano, durante l'intervallo delle contrazioni, respingendo con forza moderata ma costante il tu-

more di fianco al promontorio sacro-vertebrale in corrispondenza di una sinfisi sacro-iliaca; dopo di che si può, e qualche volta si deve, terminare il parto col forcipe da preferirsi al rivolgimento il quale potrebbe trarre seco e riabbassare il cistoma. Ma quando la riduzione fallisse sarà necessario ricorrere alla *puntura* od all'*incisione:* il primo di tali mezzi è indicato nei casi di cisti mono o pauci loculari e generalmente si mette in pratica operando per la via della vagina: però se il liquido cistico è troppo denso e non cola dal trequarti o se il cistoma è formato di molte cavità vuolsi usare il secondo dei suddetti metodi incidendo il tumore nello sfondato vaginale e suturando poi la parete cistica a quella vaginale onde chiudere il peritoneo, salvo eseguire il tamponamento della cavità neoplastica dopo avvenuto il parto: tale operazione non gode eguale favore presso tutti i ginecologi, e secondo l'A. deve essere posta in disparte quando siasi fatta diagnosi di cistoma papillare. Sono da rigettarsi il *forcipe* ed il *rivolgimento* come mezzi di rimuovere l'ostacolo del tumore, imperocchè le cause più frequenti di infiammazione, suppurazione e rottura della cisti e le relative conseguenze dipendono dal traumatismo del parto: possono però essere adottati tali mezzi come atti complementari di altre operazioni cioè quando il tumore sia stato prima ridotto o vuotato del suo contenuto colla puntura o l'incisione. Nè più opportunamente venne nella cura delle complicazioni in esame praticata la *craniotomia* la quale generalmente si usa quando il forcipe ha fatto cattiva prova e la donna è già sfinita, e mentre serve a ridurre il volume del capo del feto non vale a superare la difficoltà che si oppone al passaggio del tronco che essendo meno cedevole del cistoma agisce su di questo con ragguardevole pressione, donde derivano le note funeste conseguenze. Pare invece al Dott. Acconci che il *taglio cesareo* possa essere adottato dal momento in cui diede splendidi risultati nelle viziature pelviche, sia col metodo Porro sia col metodo conservatore, e crede che se non fu seguito da brillanti successi nel caso di distocia per cistoma ovarico ciò debba ascriversi al fatto di esservisi ricorso quando gli altri mezzi tutti erano andati a vuoto e la donna si trovava in tale stato di esaurimento da non potere sopportare l'atto operativo.

Da ultimo l'A. addiviene ad alcune speciali considerazioni sulla terapia dei cistomi ovarici a sviluppo pelvico, e propugna il sistema di lasciar giungere a termine la gravidanza e di eseguire l'ovariotomia ed il taglio cesareo al momento del parto.

Dott. F. Villa.

A. Kruse. — **Ueber Hydramnion bei eineigen Zwillingen** *(Dell'idramnios nei casi di gravidanza gemellare da fecondazione di un solo uovo). — Deutsche med. Wochenschrift.* N. 5, 1890.

Il lavoro venne condotto in base al seguente fatto clinico. Una donna settipara, nel corso nel 5° mese di gravidanza cade da un carro senza però riportarne, almeno apparentemente, gravi conseguenze. Quattro settimane più tardi viene accolta nella Clinica Ostetrica del prof. Pernice dell'Università di Greifsvald per forte dispnea da rapido e notevole aumento dell'addome. Stabilita la diagnosi di gravidanza composta con idramnios di un sacco, viene provocato il parto col metodo Krause, e più tardi accelerato colla puntura di un sacco. La quantità del liquido venne calcolata a un sette litri. Parto naturale di due feti, di sesso maschile, di differente sviluppo, essendo il primo 27 cent. di lunghezza e 460 gr. di peso, il secondo 32 cent. e 630 gr. Inserzione marginale del cordone spettante al feto più piccolo; placenta con un corion e due amnios, divisa in due ineguali porzioni, di cui la più grande spetta al feto più grosso. Estesa anastomosi venosa fra i due punti di inserzione placentare dei due cordoni, e meno appariscente anastomosi arteriosa. All'autopsia dei due feti, nulla di speciale interesse. A questo caso pertanto non potendosi applicare la teoria di Ahlfeld, Küstner, Sällinger della cirrosi epatica con consecutiva stasi nella vena ombellicale e nei vasi di Jungbluth nè quella del restringimento del foro del Botallo sostenuta dal Nieberding, nè quella di Schatz dell' asimmetria della terza circolazione, l'A. non è alieno dal voler stabilire un nesso eziologico fra il trauma sofferto dalla paziente ed il rapido ormarsi dell'idramnios, e per lo meno ritiene doversi ancora ritornare dagli studiosi sui fattori che possono concorrere alla produzione dell'idropisia dell'amnios anche nelle gravidanze non composte.

A. Bertazzoli.

Prof. Otto Küstner. — **Die Behandlung der Post-partum Blutungen** *(Il trattamento delle emorragie post partum). — Deutsche med. Wochenschrift.* N. 1, 1890.

L'A. tratta tale argomento in una lezione a' suoi studenti col precipuo scopo di difendere e sostenere il mezzo terapeutico del Dührssen massime in certe contingenze della pratica. Accennato come il tema risguardante la cura delle emorragie post-partum sia oggi diventato nuovamente di moda, dopo un periodo di tempo in cui il mezzo dell'irrigazione coll'acqua calda pareva avesse accontentato tutti gli ostetrici, passa l'A. a toccare delle emorragie da lacerazioni, durante il

parto, del vestibolo, del corpo cavernoso, del clitoride e del perineo, il cui trattamento fa consistere nell'apposizione di un batuffolo di cotone, nella compressione digitale o nella sutura. Quando poi l'emorragia provenga dagli organi genitali interni, ritiene più che mai necessario di farsi prima una chiara idea sulla sua origine per potervi convenientemente rimediare. Così, se l'emorragia proviene da lacerazioni del canale vaginale, di solito continue ad estese soluzioni perineali, la sutura anche nella pratica privata può facilmente eseguirsi senza speciale assistenza. Altrimenti va la cosa nelle lacerazioni della cervice uterina, ed in modo speciale in quei casi, in cui, anche dopo la trachelorafia, continuando l'uscita del sangue, verrebbe richiesta la legatura della corrispondente arteria uterina, operazione che non senza difficoltà potrebbe venire eseguita nella pratica esterna, ed in quei casi in cui, per l'impossibilità di tirar a fior di vulva il collo uterino, si fosse costretti a mettere i punti di sutura mediante uno speculum. Per evitare le emorragie da possibile distacco precoce della placenta normalmente inserita, raccomanda, nelle operazioni di forcipe, di tirare soltanto durante le contrazioni, così come raccomanda la lenta estrazione del tronco fetale dopo la spontanea uscita della testa. Riguardo poi alla condotta nel periodo del secondamento, ritiene dovere essere affatto negativa, nel senso cioè di lasciare l'espulsione della placenta alle sole forze naturali; e dice come questa pratica venga quasi esclusivamente seguita nella sua clinica. Che se in pratica privata si è talvolta costretti per ragioni speciali a fare diversamente, avvisa però di non tentare mai di accelerare l'espulsione delle secondine durante il fisiologico rilasciamento dell'utero consecutivo alla nascita del bambino, ma di attendere non meno di 1[4 d'ora e dopo una regolare serie di spontanee contrazioni, poichè coll'Ahlfeld ritiene di non poco danno il sollecitare il secondamento mediante una reiterata espressione uterina. Contro l'emorragia da inerzia dopo l'uscita della placenta, dice come i comuni mezzi impiegati a far insorgere le contrazioni della matrice, come la segale, la cornutina, lo stimolo termico, il massaggio esterno o combinato non corrispondono in alcuni casi, per fortuna assai rari, nei quali invece può trionfare il processo Dührssen, poichè il tampone oltre che di stimolo alle fibre uterine, serve anche a direttamente comprimere il punto sanguinante. E, a suffragio di queste sue idee, riferisce la storia di due casi di morte per emorragia post-partum, nell'uno dei quali l'autopsia mostrò come la sorgente dell'emorragia non fosse stata la zona placentare, ma un solo vaso arterioso alla periferia della medesima, della grossezza della radiale e presentante al punto della lacerazione come una dilatazione aneurismatica, che aveva continuato a dar sangue non ostante l'impicciolimento dell'utero dopo il parto e non ostante le contrazioni consecutive. Nell'altro caso la morte era avvenuta ancora per emorragia, ma dopo quattro ore del parto e per ateroma vasale, che l'A. crede si trovi nei vasi uterini assai di frequente e più presto che negli altri vasi dell'organismo; e perciò si domanda, come si potrebbe in casi consimili fre-

nare una emorragia proveniente da vasi rigidi e difficilmente contraentisi se non mediante la loro diretta compressione? L'A. ebbe campo di impiegare il processo Dührssen in otto casi della clinica e policlinica nello spazio di un anno e mezzo, adoperando sempre come unico materiale la garza iodoformica, ed in tutti, dopo il tamponamento, ebbe arresto completo della perdita sanguigna. Perciò egli consiglia di non aspettare a ricorrervi dopo aver invano esperiti tutti gli altri mezzi, ma di metterlo a profitto molto più sollecitamente per risparmiare alla neo-puerpera una più grave perdita di sangue, che talora potrebbe anche riuscirle fatale, e lo raccomanda sovratutto nella pratica privata, nella quale, mentre riesce sempre malagevole l'eseguire la sutura di una profonda lacerazione cervicale e più ancora la legatura di un'arteria uterina, il far sollecitamente un buon tamponamento può essere alla portata di qualunque modesto medico.

BERTAZZOLI.

ARTURO GUZZONI DEGLI ANCARANI. — **Sulle fratture intrauterine della testa fetale.** — *Morgagni,* Novembre-Dicembre 1889.

Nella prima parte di questo lavoro l'A. dimostra, appoggiandosi ai casi più evidentemente dimostrativi conosciuti nella letteratura medica, che le fratture delle diverse ossa del feto in genere e del cranio in ispecie ponno avvenire durante la gravidanza spontaneamente per sifilide, per rachitismo, per vizii di conformazione o arresto di sviluppo; e, durante il parto, possono essere dovute a sporgenza del promontorio o a resistenza in genere nella trafila pelvica, o ad operazioni quali sarebbero l'estrazione podalica, l'applicazione di forcipe, ecc.

La 2ª parte si riferisce alla possibilità o meno di fratture nello scheletro fetale, durante la gravidanza per urti e percosse sull'addome materno, quando il feto sia completamente sano. E in appoggio di questa possibilità, l'A. racconta prima per esteso un caso clinico di donna che, nel corso di una gravidanza normale sotto ogni aspetto, cade circa all'8º mese. Determinandosi il parto dopo due giorni, si raccoglie un feto morto da due giorni (epoca della caduta) con frattura al cranio e non presentante all'esame alcun vizio di conformazione, o anomalia di sviluppo.

A questo fatto da lui presenziato l'A. aggiunge molti altri casi spigolati nella letteratura sia italiana che straniera, dimostranti il suo asserto e come anzi lesioni viscerali simili possano avvenire senza visibili alterazioni delle pareti addominali.

La 3ª parte di questa memoria è dedicata alla discussione se il sacco amniotico col liquido contenuto siano sufficiente difesa per mettere al coperto il feto da qualsiasi violenza esercitata sulle pareti addominali della madre. L'A. dopo aver citate le opinioni degli scrittori che trattarono questo argomento conclude che la protezione esiste, ma non in modo assoluto, nel quale pensiero lo conferma non

solo il fatto clinico sopracitato, ma l'osservazione in laparotomia o tagli cesarei ripetutamente fatta della diversità di spessezza delle pareti uterine e di quantità del liquido amniotico esistenti in varii casi. Di più comprovano questo modo di vedere le tavole di Barbour ottenute dal congelamento di donne morte gravide agli ultimi mesi o in travaglio, le esperienze del Girin sulla densità del liquido amniotico relativamente al peso del feto che cresce anche relativamente con l'avanzare della gravidanza, nonchè i risultati degli esami quotidiani che rivelano con la palpazione molto scarse le acque anteriormente.

Nella 4ª parte sono riferite, corredandole di figure illustrative, 18 esperienze fatte dall'A. parte a Pavia e parte a Torino. Egli s'è servito di cadaveri di persone adulte, in cui per utero metteva una vescica robusta di bue fissandola con lacci alle pareti pelvico-addominali, e riempiendola con circa 3 litri d'acqua. I cadaverini fetali furono posti in posizioni e presentazioni diverse, e le esperienze furono fatte percuotendo su l'addome con un robusto bastone, nonchè alcune volte lasciando cadere il cadavere ora sul ventre, altra volta sul dorso.

I risultati rimasero talfiata senza esito specie se i traumi non erano validi; per lo più però lasciarono vedere fratture complete o no dello scheletro fetale e, cosa notevole, per essere in contraddizione con l'opinione di molti autori, prevalentemente al capo. Un'altra deduzione che si ha da questi risultati è che le fratture del cranio fetale possono aversi anche a sacco amniotico integro, cosa verificatasi anche nel citato caso clinico. In generale i risultati dell'esperienza furono nulli quando si agiva su feti in presentazione podalica. Le rotture del sacco amniotico si verificarono nelle cadute sul ventre, e ciò l'A. spiega per l'impossibilità che aveva la vescica di trovare una parte cedevole respinta com'è contro la colonna vertebrale.

Concludendo l'A. afferma essere codesto studio interessante sotto il lato ostetrico e medico legale, riconosce che molti punti del problema sono tuttavia insoluti e di molti non ancora intrapreso lo studio, e si augura che altri possa seguire la sua traccia e completare ciò che l'insufficienza di tempo e di materiale non permisero a lui di approfondire.

MARONI.

LEOPOLD. — **Zür Behandlung der Uterusruptur** (*Cura della rottura d'utero*). — Arch. für Gynäk., Band. XXXVI, Heft. 2.

Non si può negare che in questi ultimi anni siano stati fatti ragguardevoli progressi nella cura delle rotture d'utero. Riesce però ancora assai difficile indicare la via da seguirsi perchè la statistica della mortalità si mantiene tuttora elevatissima segnando il 53.8 per cento pei casi curati con laparotomia ed il 56 per cento per quelli curati senza laparotomia.

L'A. è francamente favorevole alla via laparotomica per molte validissime ragioni. — L'emorragia può essere assai meglio riconosciuta e dominata pel fatto che con una perdita di sangue esigua o nulla dalla vagina può aversi una raccolta grave e pericolosa nel cavo addominale, possono essere lacerate arterie e vasi che per altra via riuscirebbe impossibile afferrare e legare. — Del pari la *toilette* può essere compiuta debitamente, e l'estrazione del feto può farsi nel miglior modo senza ingrandire la lacerazione e senza contunderne i margini. — La laparotomia si può eseguire con tre soli assistenti: uno per la narcosi *che deve essere poco profonda*, uno per l'assistenza diretta ed uno per gli istrumenti, le garze e le spugne. — Con essa si ebbero risultati splendidi anche in casi di emorragia, impossibilità di sutura e lacerazione di tre quarti del viscere.

I singoli casi soltanto possono dire se più vantaggioso riuscirà il tamponamento o la sutura o se il mezzo più rapido e più sicuro di salvezza sarà l'ablazione dell'utero.

L'A. ha anche curato con un esito favorevole e due fatali, tre casi di rottura d'utero, mediante il tamponamento con garza iodoformica, l'applicazione di un forte bendaggio compressivo addominale che mantenesse avvicinati i margini della lacerazione e l'iniezione sottocutanea di soluzione di Koch: tuttavia il suo lavoro termina con questa testuale raccomandazione: « Si pensi che l'emorragia, pur mancando all'esterno, può essere internamente gravissima! »

Dott. R. Polacco.

Gildo Passerini. — **Trattamento chirurgico della endometrite puerperale settica.** — *Morgagni,* Parte I, N. 1°, 1890.

Dopo aver toccato brevemente della importanza del metodo antisettico nella pratica ostetrica, accenna ai risultati degli studi recenti i quali posero lo *streptococco piogeno* (identico a quello della risipola) come produttore del polimorfismo della infezione puerperale. Davanti a tale scoperta cadono i metodi terapeutici suggeriti dal cieco empirismo, ed il semplice trattamento causale viene mano mano a pigliare piede stabile nella pratica, sia sotto la forma di profilassi, sia come metodo curativo, talchè nelle maternità si può dire debellato quel flagello che menava talora orribili stragi.

Dato uno sguardo alle condizioni del canale vaginale e della superficie interna dell'utero dopo il parto, si dimostra partigiano delle irrigazioni uterine come quelle che agevolano la fuoruscita dei ristagni, ed il distacco delle parti gangrenate, ma ne riconosce la inefficacia allorchè gli streptococchi hanno già guadagnata la parte profonda della parete uterina, o quando una colonia di essi si sia messa al riparo dall'azione del liquido irrigante in qualche profonda anfrat-

tuosità. In questi casi la febbre non cede, e devesi cercare un altro mezzo più radicale e potente.

È questo il raschiamento; così che tolta celeremente e profondamente ogni porzione gangrenata e putrefatta, l'irrigazione successiva troverà un compito più facile e l'effetto ne sarà più utile.

Combatte la proposta del semplice zaffo di garza jodoformica (Chiarleoni) non credendo l'A. poter considerare l'utero come una cavità ascessuale, tocca delle difficoltà tecniche che si ponno incontrare, e combatte l'efficacia che lo iodoformio dimostra sullo streptococco e ciò fa basandosi sugli studi di Neisser, Perroncito, Keyn, Rovsing.

Rifiutato così il tampone di garza iodoformica, che secondo l'A. intrattiene i detriti e li conserva alterati invariatamente, lo ammette tuttavia come succedaneo al raschiamento, secondo l'esempio di Auvard, di Fritsch, ma preferirebbe quello al sublimato od all'acido fenico.

Brevemente tesse la storia del raschiamento, operazione che si rese di pratica diffusa, operazione delicata ma non di pericolo, purchè nell'eseguirla si abbiano alcuni riguardi. Dimostra esagerato il pericolo della perforazione dell'utero, e respinge l'accusa (Veit) che il raschiamento possa aprire nuove vie alla infezione stessa. Descrive l'atto operativo. Disinfezione dei genitali, abbassamento del collo uterino, raschiamento preceduto da irrigazione, la quale va poscia ripetuta, tamponamento vaginale. Insiste sulla accuratezza che si deve impiegare onde non essere obbligati a ripetere l'operazione. Data l'infezione quando si deve praticare il raschiamento? Badisi allo stato generale della donna; nelle deboli non bisogna indugiare, e badisi altresì alle condizioni dell'utero ed a quelle degli organi vicini.

La riuscita della operazione è subordinata allo stato generale della donna al momento della operazione; prima di diminuire od arrestare il pericolo bisogna essere sicuri che questo già non siasi reso gravissimo.

Crede che l'operazione si possa tentare in casi disperati, quando si giudichi che le sostanze flogogene, localizzandosi entro determinati limiti, hanno prodotto stati infiammatori circoscritti nelle pareti dell'utero ed alle sue prime vicinanze, doversi invece rifiutare in quei casi in cui la diffusione prendendo rapido sviluppo abbia assunto un fatale carattere flemmonoso su parti poste anche a distanza del focolaio primitivo.

Ritiene superflui i lavaggi disinfettanti molto attivi avanti e durante l'atto operativo in grazia del potere assorbente, raccomanda l'uso dell'acqua sterilizzata, e solo il sublimato corrosivo all'1 per 2000 dopo il raschiamento.

Seguono le osservazioni in numero di 3, che hanno per iscopo di dimostrare l'effetto del raschiamento allorchè sia completamente ed a tempo praticato.

Decio.

P. Zweifel. — **Ein Fall von Osteomalacie, modificirter Porro Kaiserschnitt, geheilt** (*Un caso di osteomalacia, taglio cesareo col metodo Porro modificato, guarigione*). — C. f. Gynaekologie, N. 2, 1890.

La modificazione al metodo Porro con affondamento del peduncolo è già descritta nel suo trattato di ostetricia ed è la stessa da lui introdotta riguardo alla miomectomia. L'utero venne sgusciato integro e la breccia addominale fu tosto chiusa nel suo tratto superiore al bellico. I legamenti larghi vennero stretti in tre parti mediante legature fino all'istmo uterino, applicando provvisoriamente dei klemmer dalla parte dell'utero. Incisi i legamenti fra i lacci permanenti e le pinze applicate in via provvisoria, venne gettato un tubo di gomma attorno al collo uterino, e l'ultimo filo a destra ed a sinistra (gli altri due erano stati tagliati), tenuto alto, venne portato entro il cingolo costrittore. Soltanto a questo punto, l'utero, circondato di spugne, venne aperto e svuotato del suo contenuto e quindi, insieme agli annessi, amputato al disopra del tubo. Venne quindi fatta, previa accurata disinfezione del canale cervicale, la legatura a catena del moncone cervicale e, levato il tubo, il moncone venne ricoperto del peritoneo mediante sutura siero-sierosa e, spolverato di iodoformio assieme ai monconi dei legamenti larghi, venne affondato.

Mangiagalli.

Glöckner. — **Beitrag zur Athmung abortiver Früchte** (*Contribuzione allo studio della respirazione dei feti abortivi*). — C. f. Gynäkol., N. 1, 1890.

Mentre si ammette comunemente che i primi movimenti inspiratorii in feti abortivi, si osservino nel quinto o nel sesto mese, l'A. riporta tre osservazioni sue, che riguardano feti abortivi rispettivamente di 4 mesi, 15, 19 settimane, nei quali osservò movimenti inspiratorii evidenti, ma l'autopsia dimostrò che i polmoni erano vuoti d'aria mentre questa era penetrata nello stomaco dove la si scorgeva sotto forma di piccole vescicole evidenti. Egli pensa anzi che i vasi decorrenti sulle pareti gastriche assumessero ossigeno dall'aria introdotta poichè egli aveva osservato un aumento nella intensità o nella frequenza del battito cardiaco ad ogni inspirazione ed un indebolirsi progressivo di quello quando le inspirazioni andavano facendosi più deboli. Nei casi accennati non osservò che movimenti inspiratorii, nè egli crede che l'aria ingoiata venisse emessa di nuovo, perchè contro tale ipotesi parlava il distendimento lento ma progressivo ed evidente

della regione gastrica. Egli si riserba di ritornare sull'argomento per studiarlo dal lato forense.

MANGIAGALLI.

LOVIOT. — **Manœuvres obstetricales. Faits cliniques.** — *Journal de médecine de Paris,* 1890, N. 2.

L'A. presenta una nuova serie di casi clinici relativamente alle manovre ostetriche delle quali prese l'iniziativa.

I. Riduzione manuale nelle varietà posteriori delle presentazioni di vertice e di faccia, seguita o no da applicazione di forcipe.

a) In un caso di testa impegnata da più ore nella presentazione O I D P introdusse la mano sinistra nei genitali, in modo da porre il pollice davanti alla testa fetale, e riuscì dopo parecchi tentativi ad ottenere la posizione D A, flettendo e ruotando la parte presentata verso sinistra. Seguì l'applicazione del forcipe.

b) Presentazione di vertice in O I D P con rotazione spontanea della testa in O I S P un po' deflessa, essendo rimaste immobili le spalle. La manovra fallì per grande tendenza al ripristinarsi della posizione primitiva non riconosciuta, e quindi l'A. raccomanda di cercare attentamente la direzione del dorso fetale qualora la riduzione non dia risultato soddisfacente. Nelle osservazioni analoghe di Budin e P. Dubois, la testa ruotò invece all'avanti.

II. Versione per manovre vagino-addominali durante la gravidanza nei casi di presentazione podalica impegnata, praticata nella cloronarcosi. Primipara alla fine dell'8° mese con presentazione podalica incompleta, varietà natiche, profondamente impegnata. Durante la narcosi cloroformica l'A. con una mano in vagina respinse le natiche, e colla manovra combinata riuscì a collocare la testa fetale sullo stretto superiore. Venne applicato per precauzione un bendaggio, ed un mese dopo la donna partoriva un feto vivo, in O I S A.

III. Versione detta brusquée. Sestipara a termine, acque colate da più ore, feto vivo in presentazione di spalla destra essendo la testa sulla fossa iliaca destra ed avendosi procidenza del braccio omonimo alla spalla, la quale tendeva ad impegnarsi. L'orificio uterino era sufficientemente dilatabile per cui l'A. applicato un laccio sulla mano procidente introdusse la destra che l'utero fortemente applicato sul feto non permise di far progredire fra la sua parete ed il piano posteriore fetale; ed allora il Loviot giusta il metodo propugnato, pose la donna in posizione laterale inclinandola sul lato opposto a quello cui corrispondevano i piedi del feto ed introdusse la mano sinistra colla quale raggiunse facilmente un piede. Feto vivo, puerperio fisiologico.

Dott. F. VILLA.

Charpentier. — **A propos d'un cas de mort rapide après l'accouchement.** — *Journal de médecine de Paris*, N. 2, 1890.

Donna polisarcica di 28 anni, sestipara, i cui parti anteriori furono normali. Gravidanza attuale normale eccetto qualche accidente congestizio lieve da parte del petto e del bacino, ed una sonnolenza prolungata dopo il pasto. Al principio della seconda quindicina del nono mese, il 23[10, perdita delle acque che continua il 24 e 25 senza che appaiano le contrazioni, le quali insorgono alla sera di questo giorno ma piuttosto irregolari. Al mattino successivo i dolori si fanno vivissimi, ma dopo poco, ad un dolore estremamente vivo succede uno stato sincopale e la diminuzione delle contrazioni, ma senza la cessazione completa di esse. A partire da questo momento lo stato della partoriente si aggrava in maniera assai inquietante e presto si giunge alle condizioni seguenti: cianosi generalizzata, respirazioni brevi e frequenti, polso insensibile, estremità fredde, stato sincopale quasi continuo. Intanto l'utero si contrae debolmente, ed il battito fetale è impercettibile, e l'esplorazione digito vaginale riscontra: collo uterino grosso, voluminoso che forma attorno alla testa fetale un cercine spesso, ma dilatabile: presentazione cefalica. Applicato tosto il forcipe, non si riesce malgrado trazioni energiche e reiterate a far passare la testa del collo uterino, onde è che fallita anche l'applicazione del cefalotribo per il risalire dell'estremo cefalico nell'applicazione della seconda branca dell'istrumento, il feto viene estratto mediante la versione che riesce facile. Secondamento spontaneo, non emorragia, ma la donna muore tre ore dopo.

L'utero e la vagina non presentarono lacerazioni, onde l'A. crede che la morte sia stata devoluta all'embolismo. Non esisteva stenosi pelvica, per cui le difficoltà incontrate devono essere attribuite alla sola resistenza del collo ed al difetto di flessione della testa che già occupava il terzo medio dello scavo.

Dott. F. Villa.

A. Zinnis. — **Sulla guarigione spontanea del cefaloematoma epicranico con o senza l'aiuto delle applicazioni aromatiche.** — *Archivio Italiano di Pediatria.* Dicembre 1889.

L'A. considera 45 casi di cefaloematoma che osservò in neonati di 3 a 5 giorni, 36 volte il cefaloematoma fu visto sul parietale destro, 9 sul sinistro, di grandezza oscillante fra quella di un uovo di pollo e quello di piccione.

In 10 casi vennero fatte applicazioni aromatiche al tumore, nei rimanenti

cura negativa, e tutti guarirono nel lasso di cinque settimane, fuorchè uno il quale passò a suppurazione, e che pur esso non tardò a guarire. Conclude doversi lasciare agli sforzi della natura la guarigione di tale affezione, ed evitare ogni intervento chirurgico non sempre scevro di danni.

DECIO.

RASSEGNA GINECOLOGICA

Prof. Dott. HELFERICH. — **Ueber die practische Bedeutung der modernen Kystoskopie** (Ein Beitrag zur Chirurgie der Harnblase) *(Sulla importanza pratica della moderna cistoscopia,* contributo alla chirurgia dell'urocisti). — *Münchener Medicin Wochenschrift,* N. 1, 1890.

Come finora non si dà alle indagini cistoscopiche l'importanza ed il pregio che esse meritano, non si rende a Nitze, che se ne può chiamare l'inventore, la gratitudine che gli è dovuta. Due nuovi e grandi furono i principii da lui stabiliti; l'introduzione della sorgente luminosa nella cavità stessa da esplorarsi e l'ingrandimento del campo visivo mediante un apparato ottico. Gli studî e le ricerche di Nitze datano dal 1876, e, se è ben vero che oggi siamo assai lontani dal filo di platino incandescente, dalla corrente d'acqua continua che serviva ad evitare che il calore della sonda diventasse eccessivo, e dal reostato che doveva mantenere costante la sorgente luminosa, non è men vero che tale apparecchio assai costoso ma veramente primitivo, abbia dato in taluni casi risultati brillanti. Le lampade Mignon di Edison, le sue batterie portatili non solo, ma tascabili, hanno fatto oggi del cistoscopio uno strumento che, per comodità e per sicurezza di risultati, si può paragonare al laringoscopio purchè il medico si ricordi che, per imparare a bene esaminare la vescica, non basta possedere lo strumento. Ed infatti una grave difficoltà per la esplorazione vescicale viene offerta dalla omogeneità della superficie che si deve esaminare, tantochè solo la papilla degli ureteri si distacca e si differenzia dal resto, e l'osservatore difficilmente può riconoscere quale sia la parte della vescica che fu già esaminata.

Con cinque movimenti determinati della sonda (che fu da lui modificata e resa simile ai cateteri di Mercier portando nell'angolo di flessione un prisma), Nitze riuscì ad esplorare tutta la vescica, date però determinate circostanze, quali, l'introduzione nella vescica stessa di 150 c. c. di liquido, e quella di una bolla d'aria che, restando costantemente nella parte più alta della cavità, viene a ser-

vire da punto di orientazione. È un sentimento strano, di piacere e di contentezza, quello che si prova quando per la prima volta si vede sprizzare dalle papille ureteriche la goccia di urina, e questo solo fatto può servire alla diagnosi precoce e corretta delle malattie renali. Oggi sono già innumerevoli i casi di corpi stranieri endo-vescicali diagnosticati col cistoscopio, e questo solo basterebbe a stabilire l'importanza di questo metodo diagnostico. Ma v'ha di più; per quanto abile e quasi perfetta sia ora la diagnosi dei calcoli fatta mediante le sonde, ognun vede quanto più facile e più precisa essa riesca col cistoscopio riguardo ai calcoli innicchiati in un diverticolo e di piccolo volume. Inoltre una grande importanza ha il cistoscopio come complemento di esame dopo la litotrizia: si può affermare che nessuna cura litontritica si deve considerare come ultimata, prima che la guarigione si sia constatata col cistoscopio in uno o parecchi esami.

E ciò che è riguardo alla litotrizia ed alla litolaplassi, si dimostra ancor meglio riguardo ai tumori, perchè tutti sanno quanto la diagnosi precoce ed accurata può giovare alla cura pronta e radicale; nessun medico può e deve disconoscere l'importanza della cistoscopia, ed anche se non si può pretendere che esso sappia eseguire un'indagine cistoscopica, si ha diritto di richiedere sempre da lui che, quando crede utile un tale esame, lo faccia eseguire da chi vi ha acquistato abitudine e pratica. L'importanza che va ogni giorno acquistando in ginecologia l'esplorazione degli ureteri ci ha suggerito la rassegna di questo lavoro.

Dott. R. Polacco.

Von Swiecicki. — **Die Bauchpresse und ihre Bedeutung in der Gynäkologie** *(La pressione addominale e la sua importanza in ginecologia).*

Negli ultimi tempi tre correnti, riguardo alla terapia, si sono manifestate nel campo ginecologico: l'una segue la via operativa, un'altra il massaggio e la terza la elettrolisi. Tuttavia noi trascuriamo ancora cose che sono della più alta importanza come, ad esempio, lo studio della pressione addominale. — Questa è esercitata, come è noto, da un apparato muscolare che circonda la cavità addominale; ai lati i muscoli obliqui esterno, interno e trasverso, alla parete anteriore i muscoli retti e piramidali, alla superiore il diaframma, all'inferiore l'elevatore dell'ano, lo sfintere esterno e le ossa del bacino, alla posteriore le vertebre, il quadrato dei lombi e l'elevatore del tronco, contribuiscono a dare questa pressione. — Si nota che la muscolatura addominale è più stipata e forte in alto, che in basso, perchè in alto è maggiore la resistenza data dal fegato, dalla milza e dai reni. Le contrazioni del diaframma, cagionando cambiamenti di forma del fegato, della milza e dello stomaco che strettamente gli aderiscono, favoriscono la circolazione del sangue, il deflusso della bile e la progressione del contenuto dello stomaco e

dell'intestino. — Tostochè i muscoli che, in numero di 16, circondano l'addome ed il bacino, si contraggono, si produce un forte ristringimento della cavità addominale ed una compressione di tutti i visceri. — Per osservare e calcolare il meccanismo dei muscoli nella produzione della pressione, si deve notare che le aponeurosi dei muscoli si inseriscono nella linea alba in una linea curva. — Il computo dell'angolo che quelle curve formano colla linea d'unione della parete anteriore e posteriore dell'addome, ci offre la possibilità di calcolare esattamente il meccanismo dei muscoli. — Laurentieff calcolò che secondo il metodo di Warawin quanto più piccolo è tale angolo, tanto più favorevoli sono le condizioni per la pressione addominale; durante il parto l'angolo è sempre assai piccolo, e perciò la pressione addominale può sviluppare, assai più fortemente che di norma, la propria forza in aiuto dell'utero che si contrae. La linea secondo cui agisce la pressione, decorre parallelamente all'asse del bacino, e non forma in nessun modo, come taluni ammettono tuttora, angolo con essa.

I visceri dell'addome e del bacino, vengono, secondo importanti osservazioni di Lesshaft, mantenuti in posto da tre forze: pressione atmosferica, adesione e forza muscolare: le resistenze a queste forze sono il peso dei visceri, gli attriti risultanti dai movimenti e l'elasticità. Laurentieff trovò che la pressione addominale esercita una forza ragguardevole: essa ammonta a 71.6 cent. quad. e spinge in basso verso l'elevatore dell'ano e lo sfintere esterno il contenuto addominale, ed è appunto per questo che tali muscoli sono di altissima importanza in ginecologia, e che le alterazioni nelle loro funzioni agiscono molto sfavorevolmente sulla normale situazione dei visceri del bacino. Lesshaft si esprime in questo modo: « nella donna tutti i muscoli serventi in alto e in basso alla chiusura dell'addome e l'elevatore dell'ano, sono proporzionalmente e fortemente sviluppati; nell'uomo al contrario la parte inferiore dello sfintere esterno è la più forte. — Ed è interessante a questo proposito la diversità di peso dell'elevatore dell'ano nell'uomo e nella donna: mentre nell'uomo l'elevatore dell'ano e lo sfintere esterno peserebbero 36.9 gr., nella donna 49 gr.! — in una donna con prolasso della vagina e dell'utero, solo 19 gr.! — Da ciò la diretta conseguenza che la terapia unica e corretta di tutti i prolassi d'utero sarebbe quella che prenderebbe in considerazione e tenderebbe a rafforzare tali muscoli.

L'A. curò recentemente un caso che conferma le vedute di Lesshaft. — Si tratta d'una donna di 36 anni, nullipara, da 4 anni affetta da prolasso uterino, cistocele e rettocele, da due anni era stata praticata la colporafia anteriore e la colpoperineorrafia con beneficio passeggero: l'A. praticò su di essa energici movimenti di apertura delle ginocchia a bacino appoggiato ed innalzato e le fece fare frequentemente movimenti simili a quelli che potrebbero servire a tenere indietro le feci. Dopo tre settimane lo stato della donna era siffattamente migliorato che potè essere dimessa come guarita; le si raccomandò di continuare tali movimenti, di tenere gli

adduttori incrociando le gambe e respirando profondamente per portare la pressione addominale ad alto grado ed ugualmente rafforzare ambedue i muscoli. Fino ad ora (4 mesi), l'effetto è dei più favorevoli. L'A. non ha impiegato il massaggio col metodo di Thure-Brandt che procura di rafforzare i legamenti uterini, e solo si accontentò di quei movimenti che il Brandt considera come accessorii e che noi invece consideriamo come gli unici, giovevoli nel prolasso uterino.

Ad ogni modo è meraviglioso come si sia così poco pensato finora alla pressione addominale, tanto più che gli stessi legamenti dell'utero hanno, in confronto ad essa, una importanza subordinata in rapporto alla situazione dell' utero. Si pensi che tali legamenti sono poco elastici e quindi poco distensibili e che i fasci muscolari chiamati dal Luschka muscoli retrattori dell'utero, si possono preparare solo artificialmente e sono secondo il Küstner ben poco sviluppati. Non i legamenti trattengono dunque l' utero nella normale situazione, ma bensì e quasi unicamente i limiti inferiori della pressione addominale, cioè l'elevatore dell'ano e lo sfintere esterno.

È per questa grande importanza della pressione addominale, e per il fatto che da essa dipende la situazione di tutti i visceri che anche la medicina interna deve tener nota che una abnorme funzione della pressione può causare diversi sintomi di malattia. Così ad esempio nel ventre pendulo — da qualunque causa esso derivi — si hanno varii disturbi, quali il prolasso dell'intestino, diverse nevralgie, alterazioni venose, stipsi ostinata: è perciò ed anche per casi clinici citati dal Prochownick che tale prolasso delle parete addominali va attentamente curato con esercizii muscolari attivi e passivi, colla soppressione dei corsetti troppo serrati che immobilizzano il ventre: le donne deboli dovrebbero già prima della metà della gravidanza portare una fasciatura addominale e portarla ancora lungo tempo dopo il parto, sostenendo per giunta il ventre nella retta linea delle spine iliache con ovatta e con panni. — Riassumendo infine, è opinione dell'A. che l'esercizio sistematico della pressione addominale dovrebbe essere fin dalla giovinezza compito di ogni donna e che nei prolassi della vagina e dell' utero l'unica cura razionale è quella che tende a rafforzare i coefficienti di tale pressione, sopratutto quelli del confine inferiore, elevatore dell'ano e sfintere esterno.

Dott. R. Polacco.

H. Hartmann et Charles Gundelach. — **Contribution à l'étude de la valeur séméiologique de l'hypoazoturie au point de vue du diagnostic et du pronostic des affections chirurgicales.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, janvier 1890.

Lo studio delle variazioni dell'urea negli affetti da neoplasma, il valore sintomatico, e l'importanza dal lato del pronostico operatorio nei tumori addominali,

fecero sì che in questi ultimi anni molti lavori apparvero in proposito. Rommelaere, Thiriar, Müller vedono nella ipoazoturia un fenomeno costante nei cancerosi, ed attribuiscono ad esso un valore sintomatico, mentre che Robin, Dujardin, Beaumetz, Deschamps, Kirmisson, Henrijean, Prost ciò negano, credendo esso dipendere solo dalla insufficiente alimentazione. Per Rauzier l'ipoazoturia ha una grande importanza diagnostica, quando trattasi di un tumore addominale, la diminuzione dell'urea (se è notevole e non esista tubercolosi od ascite) costituisce una contro-indicazione formale all'intervento chirurgico, perchè essa ipoazoturia ora afferma la maligna natura del tumore, ora è alle dipendenze di alterazioni renali.

Gli autori espongono i dati delle loro analisi fatte sopra orine di donne affette da diverse malattie, e spesso da tumori dell'addome. I loro risultati non confermano le conclusioni di Rauzier; essi si pongono vari quesiti.

L'ipoazoturia esiste veramente negli affetti da neoplasmi maligni, e può essa servire nei casi dubbi a rischiarare il diagnostico?

Citando osservazioni proprie ed altre di Rauzier, concludono il cancro accompagnarsi da una ipoazoturia notevole, ma fanno osservare trattarsi sempre di ammalate in preda a cachessia, quasi arrivate al termine del male. A controprova dell'asserto, citano altre osservazioni di donne affette da cancro, in cui lo stato generale era ancora florido; in esse non venne trovata diminuzione di urea. — Doversi quindi ritenere che il *cancro non s'accompagna all'ipoazoturia che nel periodo di denutrizione, ed il cammino dell'ipoazoturia stessa è esattamente parallelo a quello del processo di denutrizione.*

Appoggiati a risultati di osservazioni praticate su donne affette da salpingiti, metriti, ulceri croniche alle gambe, fibromiomi uterini, concludono che l'ipoazoturia può esistere mancando ogni neoplasia d'indole maligna, e che se vi è diminuzione di urea, questa deve mettersi in rapporto colla insufficiente nutrizione.

L'ipoazoturia costituisce una controindicazione alla laparotomia? ed esistendo nella assenza di neoplasmi maligni indica la presenza di affezioni renali?

Lasciamo ancora la parola ai fatti. 12 osservazioni (praticate sopra donne operate di ovariotomia, di isterectomia, salpingectomia, di isteropexi) mostrano variazioni considerevoli nella quantità di urea; ed al contrario delle ipotesi di Rauzier, donne manifestamente ipoazoturiche guariscono senza il minimo incidente e 4 muoiono benchè non siasi riscontrata la diminuzione dell'urea. Di più le necroscopie non confermarono l'ipotesi della alterazione renale.

Terminano la memoria, affermando che se l'ipoazoturia in alcuni casi di affezioni gastriche può essere di una certa qual guida per il medico, essa non ha alcun che di utile pratico pel chirurgo.

Decio.

SIGMUND GOTTSCHALK. — **Ueber den Einfluss der Influenza auf Erkrankungder weiblichen Genitalien** (*Sulla azione che l'*influenza *esercita sulle malattie dei genitali muliebri*). — C. f. Gynaekologie, N. 3, 1890.

L'epidemia d'influenza, che colpì Berlino, gli diede occasione a confermare l'asserzione di Biermer che da tale malattia possano essere cagionate emorragie uterine e che nell'amenorrea possa ristabilirsi la mestruazione. Nei casi osservati non si trattava di menorragie ma di vere metrorragie che insorgevano il primo o il secondo giorno della malattia e duravano più o meno abbondanti 5-8 giorni, e diminuivano ma non cessavano affatto colle irrigazioni vaginali calde e coll'uso dell'Hydrastis canadensis. Obbiettivamente potè anche constatare una tumefazione dell'utero e una mollezza delle sue pareti da richiamare la consistenza propria della gravidanza. La mucosa uterina al sondaggio si mostrava estremamente sensibile, molle, senza asprezze alla superficie. Nulla presentavano gli annessi. Non crede l'emorragia d'origine riflessa per irritazione ovarica, ma la considera come dovuta ad una infiammazione acuta della mucosa uterina, ed a comprova, cita un caso in cui si verificarono le emorragie quantunque otto mesi prima fosse stata praticata la doppia ablazione degli annessi. Riguardo alla gravidanza non crede che costituisca una immunità relativa, in due casi ebbe ad osservare l'aborto, in un altro l'inizio di travaglio che poi retrocesse. Non acconsente quindi all'opinione di Jacquemier e di Kiwisch che l'*influenza* non eserciti alcun'azione nociva sull'andamento della gravidanza.

MANGIAGALLI.

E. BUMM. — **De l'étiologie de la péritonite septique.** — *Ann. de Gyn. et Obst.*, Gennaio 1890.

L'A. prende a considerare la peritonite settica, che differenzia dalla non infettiva, concludendo che della prima si conosce ben poca cosa, sia dal punto teorico che pratico. Ammette come fattore di questa lo *streptococco delle piaghe*, sia che esso penetri nel cavo peritoneale per la via delle trombe, che per quella dei linfatici dopo aver attraversata la parete uterina ed il relativo rivestimento sieroso.

Nei casi in cui la morte sopraggiunge prontamente, trovasi nel peritoneo un liquido fioccoso, giallo, chiaro, inodoro, ricco di cellule endoteliali, di globuli di pus, di *cocchi* disposti in catena, ed il peritoneo non offre alterazioni proporzionali alla gravità della affezione. Solo in qualche punto si scorgono delle cotenne

fibrinose. Tale liquido anche in minima copia avrebbe delle proprietà estremamente virulenti. Iniettato nel peritoneo di conigli li uccide in 24 ore.

Nei casi invece (sempre di peritonite da streptococchi) che hanno un decorso lento, l'essudato è più ricco di globuli, rassomiglia a pus, il peritoneo è iperemico e coperto di cotenne fibrinose assai ispessite. Tale liquido ha virulenza assai minore nelle inoculazioni, e talora nella quantità di un grammo, non sarebbe capace di accendere una peritonite generalizzata. La virulenza dei germi si attenuerebbe col restare a lungo esposto all'azione delle cellule viventi e degli umori dei tessuti.

Le inoculazioni di *colture pure* di streptococchi danno risultati più deboli, inferisce doversi questa azione morbigena minore alla attenuazione dei germi pel fatto delle colture medesime.

Ammette potersi sviluppare la peritonite da streptococco nelle operate di laparotomia, quando il germe vi sia portato, ma opina assai raro questo modo, in grazia di quelle cautele che si mettono in opera generalmente avanti ogni operazione di tal genere.

Trattasi di un quid essenzialmente differente. Le iniezioni nel peritoneo di conigli fatte con materiali ottenuti da peritonite chirurgica furono negative, non ammette perciò la contagiosità della peritonite post-operativa. Per essa dà importanza ai germi che arrivano sul peritoneo durante le operazioni lunghe, o quando gran parte della sierosa sia messa a scoperto in modo da subire una eccitazione meccanica e chimica.

Nella peritonite da streptococco si avrebbe il pus nel peritoneo, il decorso acuto, il brivido, le iperpiressie; nella peritonite post-operativa si avrebbe invece la sanie, la temperatura si eleverebbe lentamente di pari passo col progresso della decomposizione. Dietro tali considerazioni divide le peritoniti:

I. *Peritonite asettica* (semplice di buona natura), estranea ad una partecipazione attiva di bacterii, dovuta ad irritazione meccanica, chimica o termica; in generale circoscritta, benchè possa generalizzarsi.

II. *Peritonite settica:*

a) *da streptococco*, generalmente d'origine puerperale o per apertura di focolai settici nel peritoneo, per infezioni sopravvenute durante le operazioni;

b) *putrida*, sopravviene in seguito alle laparotomie o consecutivamente alla perforazione d'organi cavi dell'addome.

III. *Infiammazione specifica del peritoneo:* annovera la peritonite tubercolare; non crede alla gonorroica, non possedendo i microbi della gonorrea una azione patogena che sulle mucose.

Decio.

A. Predöhl. — **Untersuchungen zur Aetiologie der Peritonitis** (*Ricerche sulla etiologia della Peritonite*). — *Münch. Med. Wochenschrift*, N. 2, 1890.

Dopo il lavoro sperimentale di Wegner, che primo cercò di illustrare l'etiologia della peritonite, molte furono le ricerche intraprese in proposito, ma non seguite, almeno finora, da grandi frutti. Il Wegner, in una memoria sulla ovariotomia letta al 5.° Congresso della Società tedesca di Chirurgia, portò le sue osservazioni sulla estensione della superficie, sulla capacità di trasudazione della sierosa, sul potere di assorbimento del peritoneo e sull'azione dell'aria, nell'interno della cavità addominale, sulle sostanze suscettibili di putrefazione. — Dopo di lui Grawitz in un suo « Contributo allo studio della Peritonite » nel 1886, ne confermò in gran parte le ricerche, venendo però alla conclusione che la introduzione nel peritoneo di gran numero di specie di batterii in culture pure o meno, non è capace di produrre peritonite purulenta, e che anche veri cocchi e bacilli piogeni sviluppano la loro attività ed i loro effetti solo sotto determinate circostanze. — Negli ultimi tempi, mentre già le ricerche dell'A. erano in corso, Pawlowsky si occupò dell'etiologia della peritonite, dimostrando di produrla artificialmente *a*) coll'introduzione nel peritoneo di sostanze chimiche; *b*) di microbi; *c*) di succhi intestinali; *d*) di combinazioni o miscele di sostanze chimiche e di microbi. — Pawlowsky opina che causa della peritonite purulenta acuta siano microbi piogeni e fra questi particolarmente e sopratutto lo stafilococco aureo. — L'A. è indotto a pubblicare le proprie ricerche, le quali gli furono consigliate dal dott. Fraenkel e non sono per anco ultimate, da due fatti, cioè dall' opinione sua che si debba investigare ogni singolo caso di peritonite, e dalla recente pubblicazione del Bumm di Würzburg che ricerche perfettamente simili avrebbero condotto a risultati del tutto differenti da quelli da lui ottenuti.

Esaminando 14 casi di peritonite, l'A. trovò in 4 casi un solo microrganismo, negli altri parecchi riuniti. — In quelli dove se ne trovò un solo fu una volta un piccolo cocco, tre volte lo streptococco piogeno. In quattro casi lo streptococco si trovò con altri microrganismi, negli altri una riunione di cocchi e di bacilli di varia grossezza.

Ottenute, col mezzo delle culture piatte, delle colonie pure, l'A. potè riconoscere diverse specie di batterii e di cocchi, ma nel tempo stesso praticando in topi bianchi ed in cavie iniezioni endoperitoneali di essudato peritoneale, non potè mai ottenere peritonite, malgrado che tali ricerche fossero in diverso modo condotte. Gli animali morirono di setticemia, e si trovarono microrganismi in grande quantità, nel sangue, nella milza e spesso anche nel fegato e nei polmoni. Dal caso

ottavo in cui si erano trovati solo streptococchi si ebbe pure setticemia e nel sangue e nella milza si trovò di nuovo streptococco. Negli altri due casi in cui questo microrganismo fu ritrovato, non si fecero inoculazioni in animali, e solo l'A. fece culture piatte per inoculare poi culture pure non sapendo allora che gli streptococchi perdono di virulenza nelle culture. — Quanto ai casi clinici di cui si trattava, nove erano di peritonite da perforazione, uno puerperale, quattro di peritonite post-operatoria, e nei nove primi si trovò miscela di microorganismi e quattro volte lo streptococco insieme cogli altri, nel caso puerperale si trattava di infezione da cocchi e negli altri, in uno di una miscela di cocchi e di bacilli, in tre dello streptococco piogeno.

E qui segue appunto la differenza fra i risultati dell'A. e quelli di Bumm, perchè l'A. non può convenire, contrariamente all'avviso di quest'ultimo, che la peritonite puerperale sia sempre una peritonite da streptococchi. Infatti Grawitz, nel suo lavoro citato ottenendo dalla marcia i cocchi a catena, ebbe regolarmente lo streptococco piogeno di Rosenbach, ma non sarebbe permessa che, come probabile la conclusione che questa specie sia propria di tutti i casi puerperali; l'A. quantunque abbia esaminato un unico caso e non abbia trovato appunto in questo alcun streptococco, pure si sente autorizzato a confermare ed appoggiare l'opinione di Grawitz. — Inoltre l'A. differisce dalle opinioni del Bumm anche per ciò, che mentre questi considera la peritonite post-operatoria come di origine putrida e ciò dietro ricerche eseguite in tre casi, esso invece in quattro serie di ricerche trovò solo una volta parecchi microorganismi e nelle altre unicamente il microorganismo specifico, lo streptococco piogeno. Perciò, non per la sola peritonite post-operatoria, ma per l'origine della peritonite in generale dà la massima importanza allo streptococco piogeno.

Dott. R. Polacco.

E. Fraenkel. — **Zur Aetiologie der Peritonitis** (*Sulla etiologia della peritonite*). — *Münch. Med. Wochenschrift.* N. 2, 1890.

Il lavoro è basato sulle ricerche batteriologiche fatte in 15 casi di peritonite essudativa purulenta, e viene alle seguenti conclusioni:

In tutti i casi di peritonite purulenta si può riconoscere che la affezione è di origine micotica e che la parte più importante è data dai cocchi a catena che l'A. trovò 10 volte. In 9 casi si trattava della stessa forma di streptococchi, in uno ne trovarono anche due altre specie: esclusivamente streptococchi si trovarono solo in due casi; sempre, eccettuato un sol caso, si riuscì a dimostrare la malattia di un organo endo od extra peritoneale situato però entro l'addome. Un microorganismo, che eccita l'infiammazione, penetra nel peritoneo e là, date le condizioni

stabilito da Grawitz o più recentemente da Orth esplica la sua azione deleteria. Se il processo decorre rapidamente, allora dominano il campo questi eccitatori di infiammazione e specialmente gli streptococchi che determinano la morte dell'individuo; negli essudati si troveranno quindi culture pure. Continuando la vita, avviene una invasione di nuovi batterii verosimilmente provenienti dall'intestino e questi, coi prodotti del loro ricambio materiale, divengono nocivi agli streptococchi e possono, questo però in casi rari, ucciderli del tutto, od ostacolarne siffattamente lo sviluppo da rendere necessarii nelle ricerche bacterioscopiche i più acconci mezzi di coltura per farli prosperare. Con ciò si spiega come i tentativi male riuscissero nella temperatura ambiente e colle ordinarie gelatine per isolare gli streptococchi anche microscopicamente riconosciuti (Bumm, Predöhl), mentre il contrario avviene all'A. colla Glicerina-Agar e con temperature convenienti. È perciò che le ricerche negative a proposito di streptococchi in peritoniti sono da accogliersi con riserva.

Gli studî dell'A. lo hanno condotto alla convinzione che questo streptococco piogeno è identico a quello della erisipila poichè con esso si ebbero sulle orecchie di conigli esempî tipici di questa malattia, mentre, a prova di controllo, si ebbero nella cavità addominale di topi, gravi peritoniti di carattere fibrino purulento, con iniezioni endooculari, cheratiti e panoftalmiti, con iniezioni ipodermiche, infiltrazione purulenta. La più parte dei bacilli trovati insieme agli streptococchi divide con questi la proprietà di rapprendere il latte e ne differisce per quella di sciogliere la gelatina spandendo un fetore orribile: essi possiedono quindi il potere di alterare i corpi albuminoidi. Molti producono sostanze tossiche le quali, anche dopo la morte dei batterii mediante cottura, agiscono in modo assai virulento sull'organismo animale: al contrario culture cotte da streptococchi sono innocue anche in grande quantità. Le proprietà tossiche ora accennate potrebbero bene spiegare la sintomatologia di alcune concomitanze cliniche della peritonite purulenta.

Una distinzione di questa malattia in settica e putrida come fu stabilito dal Bumm, ritiene l'A. inapplicabile e per ragioni cliniche e per ragioni microscopiche. Solo concorda con lui nell'opinione che gli essudati contenenti culture pure di streptococchi sono assolutamente inodori.

L'A. discute poi intorno alla possibile produzione di peritonite con agenti chimici ed ha sperimentato in ispecie la tintura di jodio e il percloruro di ferro per l'uso che se ne fa in Ginecologia. Tali sostanze anche se assolutamente sterili possono produrre una peritonite, certo non marciosa ma siero-fibrinosa e gli essudati che ne provengono sono, almeno in principio, scevri da bacterii e da odore: se però l'animale sopravvive qualche tempo, viene, con un puzzo notevole, a farsi manifesta l'invasione di batterii dall'intestino: questa si dimostra facilmente quando, dopo l'iniezione di percloruro di ferro nel cavo addominale sopravviene gangrena del tubo enterico: può però anche prodursi con assai meno gravi lesioni della parete intestinale come dopo l'impiego di tintura di jodio.

Perciò riesce chiaro la profilassi della peritonite in riguardo alla laparotomia ed al puerperio dal momento che clinicamente è da lungo tempo nota la grave importanza dell' erisipila per le puerpere, ed è lecito sperare la salvezza di molte ammalate dall'intervento operativo durante la formazione dell'essudato purulento.

Dott. R. Polacco.

A. Nebel. — **Zur vaginalen Enucleation der Uterusmyome** *(Della enucleazione vaginale dei miomi uterini).* — *Münchener medicinische Wochenschrift,* N. 3, 1890.

Non solo la questione se convenga o no eseguire un atto operativo, per un mioma, è di somma importanza, dal momento che si sa che assai frequentemente i miomi dopo l'età climaterica vanno soggetti a metamorfosi regressive, ma è anche assai importante, dopo che l'intervento operativo è deciso, stabilire se si deve procedere per la via laparotomica o per la via vaginale. Occupandosi solo di quest'ultima l'A. stabilisce che essa consiste nei casi più semplici — nei miomi più o meno peduncolati — in una divisione del peduncolo, la quale nei tumori voluminosi può offrire serie difficoltà, mentre in quelli a larga base deve costituire una vera enucleazione del tumore dal proprio letto. Perciò sono veramente atti allo intervento per via vaginale i miomi cervicali e, fra quelli sviluppatisi nel corpo uterino, quelli che sono sotto mucosi e sono penetrati già in parte nella vagina od hanno almeno invaso in grande o piccola parte il canale cervicale. L'operazione consta nel dividere, dopo accurata disinfezione del canale cervicale, l'involucro del tumore il più possibilmente vicino all' inserzione, e nell' eseguire poi forti trazioni colle pinze di Muzeux. Ove non basti la torsione per dividere le aderenze, si farà uso della forbice. — Il prof. Hofmeier operò in tal guisa 11 casi di cui due terminati con esito infausto, gli altri con esito favorevole: e poichè nei due primi si trattava di tumore già in parte icorizzato, l'A. fa notare subito come, anche senza che appunto alcuno si possa fare all' atto operativo in sè stesso, la prognosi in tali casi è pressochè sempre infausta. È per questo che il consiglio dato da Fehling di ricorrere pei miomi icorizzati all' amputazione sopravaginale dell'utero è buono, perchè non si può a priori giudicare quanto lungi si spinga l'icorizzazione e se l'utero stesso sia stato già infettato. — È pure assai buono ed offre grande sicurezza il consiglio dato da Kaltenback di suturare anzitutto il peritoneo parietale con quello di rivestimento dell'utero, e solo dopo una così assoluta chiusura della cavità addominale procedere all'amputazione. — Le statistiche di Chrobak che su 20 casi operati, perdette una sola ammalata, provano come l'operazione, offra grande sicurezza in confronto a quelle eseguite per

via addominale: è però ben certo che l'abilità dell'operatore influisce per molto, più assai che in qualunque altro atto operativo sulla bontà e sulla sicurezza dell'esito. Non è dunque possibile determinare esattamente i limiti entro i quali è indicata l'enucleazione dei fibromi per la via vaginale, perchè mentre talvolta essa si può eseguire ed anche con sufficiente facilità, per grossi tumori, tal altra non è nemmanco escogitabile per tumori di piccola mole. È però di molta importanza la sede del mioma, perchè se esso è cervicale, se si è sviluppato interamente od in gran parte nel piccolo bacino, l'enucleazione sarà facile mentre se il tumore si trova al disopra dell'ingresso pelvico sarà piuttosto indicata la laparotomia specialmente per la difficoltà di trarre in basso il tumore e per la facile produzione di lacerazioni.

Nei miomi del corpo uterino si deve considerare attentamente lo stato del collo per quanto non sia ancora stabilito in modo definitivo in quali casi la via vaginale sia controindicata. Ed infatti il Lomer, a cervice intatta, considera l'enucleazione vaginale come pericolosa, mentre Chrobak nel suo nuovo lavoro non giudica possibile tale limitazione e l'A. vorrebbe che la si considerasse solo come relativa. Come mezzo migliore per dilatare il collo, l'esperienza fatta prova che si deve tenere il tamponamento con garza iodoformica: impiegandolo durante parecchi giorni, riesce sempre possibile dilatare il collo tanto da potere introdurre parecchie dita nell'utero; al caso la discissione bilaterale del collo può servire assai bene a facilitare il passaggio e tali incisioni della cervice, tosto riunite, procedono di regola rapidamente a guarigione.

Per ciò che riguarda il modo di enucleare il tumore, si deve servirsi quanto più è possibile delle dita perchè l'impiego di strumenti taglienti offre i maggiori pericoli: dato che, in causa della sede elevata del fibroma, le dita non bastino, è assai meglio cercare di staccare del tutto le parti residue torcendo fortemente quelle già staccate anzichè arrischiare di ledere le pareti uterine con una incisione che non si può vedere e dirigere. Quando i mezzi accennati non riescano, rimangono ancora a tentarsi le forti trazioni in basso mediante pinze e l'artificiale inversione della parete uterina in modo che il dito la possa facilmente raggiungere e compiere del tutto il distacco. — Anche il rimpicciolire il tumore escidendone dei coni giova non poco.

Quando si evitino le profonde lacerazioni, sopratutto quelle che interessano i parametrii, non v'ha pericoli di gravi emorragie, ed infatti nei casi dell'A. non vi fu mai bisogno di legature o di trasfissioni; solo bastò l'iniezione di acqua ghiacciata nella cavità della ferita ed il consecutivo tamponamento con garza iodoformica. — Durante l'atto operativo si deve andare molto cauti nell'impiego dei mezzi di disinfezione in causa delle grandi superfici assorbenti: dopo un caso di grave avvelenamento per sublimato, l'A. usò per le operazioni soltanto acqua bollita. — La cura successiva è pressochè nulla; il primo tamponamento di garza

odoformica fatto a scopo antisettico ed emostatico, si lascia in posto parecchi giorni, poi lo si toglie e tutto si può considerare finito perchè il cavo della ferita rapidamente rimpiccolisce e cicatrizza.

In due dei casi dell'A. i miomi si riscontrarono in donne che assai da poco avevano partorito: è però certo che se sono assai frequenti i casi in cui i miomi cervicali costituirono al parto insuperabile ostacolo tanto da rendere indispensabile il taglio cesareo, se sono oltremodo rari quelli in cui l'espulsione del prodotto del concepimento avvenne spontaneamente, non si può giudicare *a priori* se un mioma della cervice costituirà o no un impedimento al parto e conviene pensare a togliere il tumore anche per i pericoli che possono manifestarsi nel puerperio.

Per ciò che riguarda la cura dei miomi uterini colla corrente elettrica, nulla ancora si può dire in via definitiva; parrebbe che in generale si venga ad asserire che sotto l'effetto dell'elettricità i miomi tendono sempre più ad avvicinarsi alla superficie interna dell'utero, a farsi da interstiziali sottomucosi e, con una più lunga cura, a venire espulsi del tutto. In ogni caso queste asserzioni meritano la più grande attenzione, chè, ammesso anche che una vera espulsione non si abbia, potrebbe tuttavia certamente la galvanizzazione indurre tali circostanze da facilitare più tardi l'enucleazione: è per questo che, nei casi gravi si potrebbe seguire la via che l'elettricità prima, l'intervento vaginale poi, tenderebbero a rendere facile e piana.

Dott. R. Polacco.

A. Guéniot. — **De l'excision des gros polypes de l'uterus et particulièrement des polypes géants de cet organe.** — *Journal de médecine de Paris,* 1890, pag. 12.

L'A. propose già nel 1875 un processo particolare per l'ablazione dei grossi polipi ancora contenuti nell'utero, all'uopo di esciderli in posto senza abbassare la matrice od il neoplasma il che è sovente d'estrema importanza perchè mette la paziente al coperto d'ogni emorragia. L'A. adopera il costrittore di Maisonneuve, munito di un'ansa, la quale, costituita da 5-6 fili di ferro ritorti, presenta una pieghevolezza sufficiente per permettere di fletterla a tutti i gradi sull'asta del serranodi, ed è altresì resistente al punto da poter essere condotta fino anche al fondo dell'utero come se fosse uno strumento rigido. Immessa l'estremità libera del polipo nell'ansa, questa è in seguito diretta a guisa di cucchiaia di forcipe nella cavità uterina e sull'attacco del tumore, mentre poi il polipo stesso serve di conduttore dello strumento. Alla corda metallica si dà la forma di rachetta allungata onde poterla introdurre con facilità attraverso alla vulva, e la si munisce di un cordoncino il quale posto all'estremità libera dell'ansa permette di di-

sporla perpendicolarmente all'asse del polipo. L'A. rigetta l'*écraseur* perchè difficile a collocarsi in posto e non abbastanza robusto.

Dott. F. Villa.

Leopold. — **Ueber Blutansammlung im verschlossenen Uterovaginalkanale und die Salpingotomie** (*Raccolte sanguigne nel canale utero-vaginale atresico e salpingotomia*). — Archiv. für Gynäk., Band. XXXIV, Heft. 3.

Questo breve lavoro fa in certo modo da seguito e da complemento a quello del Fuld sulla Salpingotomia per Ematosalpinge nelle atresie utero-vaginali, ed è più che altro, la storia clinica di due castrazioni e salpingotomie per ematosalpinge e di due casi di ematocolpo, ematometra e doppia ematosalpinge, tutti guariti. — Quando l'ematometra e l'ematosalpinge dipendono da atresia vaginale, prima di passare alla laparotomia si deve valutare lo spessore della membrana di chiusura; se questo è poco considerevole, si cercherà di aprire la via vaginale, si introdurrà una cannula di vetro fin dove è possibile, e si lascerà che la raccolta lentamente si svuoti. — Svuotata che si sia completamente la vagina, si cercherà se v'è ancora accumulo di sangue nell'utero e nelle tube: l'ematometra si apre allora nel miglior modo dalla via vaginale. — Persistendo i segni di ematosalpinge si dovrà passare alla laparotomia.

Diversamente vanno le cose nei casi di completa mancanza della vagina. Si dovrà allora valutare se è possibile di scolpire nel setto una via, e da questa introdurre una cannula di vetro: non riuscendo a questo, nel timore giustificatissimo di rottura delle tube, si dovrà passare alla laparotomia che in questo caso è veramente profilattica.

Dott. R. Polacco.

C. G. Leopold. — **Uber die Annähung der retroflektirten aufgerichteten Gebärmutter an der vordern Bauchwand** (*Sulla ventrofissazione dell' utero retroflesso dopo il raddrizzamento*). — Sammlung Klinischer Vorträge N. 333. Leipzig, 1889).

Nove casi curati tutti con esito felice, per taluno dei quali l' osservazione è durata oltre due anni, sono certamente sufficienti a stabilire da una parte l'innocuità del metodo, dall'altra la bontà e l'utilità sua per casi determinati. L'A. stesso limita le indicazioni dell'operazione asserendo come la cura non operativa degli spostamenti posteriori dell'utero, sopratutto per opera dei pessarii, debba avere la

stessa importanza che prima: le donne in condizioni di agiatezza, meno delle altre abbisogneranno del nuovo metodo radicale, poichè per esse il riposo e le cure appropriate e continue potranno sempre riuscire di grande sollievo. Prima di ogni altra cosa si dovrà liberare l'utero dalle aderenze che lo tengono vincolato posteriormente e poi fissarlo alla parete addominale: ma v'ha di più: secondo l'A. il risultato delle ventrofissazioni sarebbe stato assai migliore e veramente ottimo quando esse furono precedute dalla castrazione. Reso libero l'utero, lo si fisserà alla parete addominale con tre punti di seta, di cui il primo passerà circa ad un cent. all'innanzi della inserzione tubarica, il secondo in corrispondenza di questa, il terzo mezzo ad un cent. all'indietro, ed al disotto della sierosa: non sarebbe privo di utilità un certo raschiamento o cruentazione della sierosa del fondo uterino e tenderebbe a rendere assai più facile e solida l'adesione del viscere alla parete addominale. I tre punti suaccennati debbono restare in posto almeno 14 a 18 giorni, e la donna deve stare in grande riposo per tre mesi. Le osservazioni di gravidanza dopo la ventrofissazione mancano tuttora. Certo si è che accompagnando la ventrofissazione alla castrazione come si richiede in buon numero di casi, sorge ovvia la obbiezione fatta dall'A. stesso riguardo alla conservazione di un viscere reso affatto inutile, mentre d'altra parte la isterectomia vaginale accompagnata alla castrazione, rimane sempre più scevra di pericoli della laparotomia. I brillanti risultati dati oggi dalla isterectomia vaginale, autorizzano sinceramente a sperare che ben presto verranno stabilite chiaramente le diverse indicazioni di questi due atti operativi che potrebbero fornire due diversi ma entrambi ottimi mezzi di cura degli spostamenti dell'utero all'indietro.

Dott. R. Polacco.

Wilhelm Hager. — **Ausschälung eines subserösen Ovarialkystoms von ungewöhnlicher Grösse** *(Snucleamento di un cistoma ovarico sottosieroso di inusitata grandezza).* — C. f. Gynaekologie, N. 1, 1890.

Il caso è degno di nota perchè si trattava di un cistoma multiloculare, sviluppato estraperitonealmente e così straordinariamente voluminoso che il peritoneo della parete posteriore era sollevato fino al diaframma e l'utero tratto fino all'altezza dell'ombellico. L'utero denudato completamente all'indietro del suo rivestimento sieroso, una volta snucleato il tumore, unito ad una cervice straordinariamente stirata si ballottava per così dire nella profondità della piccola pelvi, ed essendo del resto sede di due piccoli miomi sottosierosi, venne pure esportato, affondando il peduncolo. Guarita dalla operazione, la donna soccombeva sei mesi dopo per ileo provocato da una tubercolosi miliare del peritoneo.

Mangiagalli.

Terrillon. — **Des ulcerations du col de l'utérus.** — *Journal de médecine de Paris,* 1890, N. 2.

In una recente lezione il Terrillon si elevò contro il pregiudizio che tende a considerare le ulcerazioni del collo uterino come un' entità morbosa, mentre esse sono un fenomeno secondario e spesso poco importante della malattia principale che deve essere combattuta. Bisogna cercare se vi sono segni di metrite, se il collo ed il corpo dell'utero sono aumentati di volume, se la pressione del dito sul collo provoca dolore, se il liquido che cola dal muso di tinca, è purulento e non offre i caratteri di limpidezza del liquido normalmente secreto dalle ghiandole del corpo uterino. Quando si constatano di questi sintomi uniti, si deve trascurare assolutamente l'ulcerazione e curare invece la lesione uterina più profonda e causa reale di tutto. L'operazione di Emmet è seducente poichè fa scomparire d'un tratto l'ulcerazione, ma non si dimentichi che nel maggior numero dei casi è necessario di agire sulla metrite interna e parenchimatosa. L'operazione di Schroeder non è sufficiente quante volte si ha a fare con una metrite del corpo. Bisogna curare più in alto o col cucchiaio o con topici appropriati. — Oltre a queste ulcerazioni semplici ne esistono di specifiche e di epiteliomatose. Le prime generalmente sifilitiche e rarissime come accidente primario, offrono caratteri ben definiti: sono isolate sul muso di tinca, hanno al centro color grigio uniforme, color rosso vivo ai bordi e superficie liscia ed unita, si modificano con grande rapidità e siccome durano non più di tre settimane, così passano spesso inosservate. — Altre volte e come fenomeno secondario della sifilide si trovano delle placche mucose analoghe a quelle della vulva e della gola, di colore grigio e più fugaci delle suddescritte. In complesso tali lesioni specifiche del collo sono rare. L'A. insistè quindi sulle differenze fra ulcerazione da metrite e da carcinoma e sulle difficoltà che talora si oppongono allo stabilire la diagnosi esatta e chiuse la lezione ricordando lo spaventevole abuso delle cauterizzazioni ripetute del collo ed i danni conseguenti, e raccomandando di basarsi quasi esclusivamente sull'esplorazione digitale nel fissare la diagnosi.

Dott. F. Villa.

Gaston Poupinel. — **Epithélioma kistique moltiloculaire végétant de l'ovaire gauche, ovariotomie, guérison, épithélioma du sein gauche récidivant deux fois après ablation totale, généralisation du**

cancer au péritoine et probablement aussi à la plèvre. Mort. — *Annales de Gynécologie et Obst.* Janvier 1890.

Trattasi di donna di 53 anni senza antecedenti ereditari. L'Autore descrive piuttosto dettagliatamente il caso che ha riassunto nella intestazione della nota e che crede interessante per parecchie ragioni.

I. Per la relazione tra la natura vegetante dei tumori ovarici e l'ascite già studiata da Gundelach e Hadjès.

II. Crede insolubile il problema se il tumore ovarico sia di origine anteriore a quella del seno che datava da 20 anni, nel qual caso sarebbe rimasto a lungo allo stato latente.

III. Vede nella malata affetta da neoplasma del seno datante da 20 anni l'insorgere e lo svilupparsi del tumore ovarico, maligno, richiedente operazione. Dopo tre mesi dalla ovariotomia, il tumore del seno si muta e si trasforma pur esso colle apparenze di un neoplasma maligno, per dar luogo, oltre che alle recidive, allo sviluppo di altri tumori addominali. Quivi opina essere vera la generalizzazione del cancro. La malata non tarda a soccombere.

Crede che questa sia l'unica osservazione di carcinoma ovarico seguito da carcinoma mammario, poichè se si verifica generalizzazione, di solito sono gli organi addominali che vengono presi.

Espone la sua convinzione che il primo tumore maligno osservato nella paziente sia stato l'ovarico, dopo l'ablazione del quale diventò maligno anche il neoplasma del seno con secondaria diffusione al peritoneo. Poco importa allora che il tumore del seno sia stato primitivamente d'origine epiteliale, esso è divenuto un cancro solo secondariamente al carcinoma ovarico.

Decio.

A. Routier. — **Hématocèle rétro-utérine, traitement chirurgical.** — *Annales de Gyn. et Obst.* Janvier 1890.

Esordisce l'A. parlando della oscura patogenesi dell' ematocele, e della cura puramente medica e sopratutto aspettante, che dominò fino a tempo non molto lontano. Oggidì le cose sono ben mutate, ed il chirurgo attacca l'ematocele con brillanti risultati.

Ricordati alcuni casi (3) già resi noti, in cui praticò la laparotomia mediana, l'apertura e la irrigazione della tasca seguita da sutura, ed esposte le guarigioni ottenute, l'A. presenta altre quattro osservazioni di ematocele retro-uterino nelle quali usò un trattamento diverso.

Una volta, in cui gli fu dato di seguire la malattia fino dal suo inizio e che non presentò sintomi allarmanti, si attenne puramente alla cura aspettante e la malata guarì.

Negli altri tre casi, invece di attaccare la raccolta per via laparotomica, preferì la incisione vaginale sembrandogli essa più rapida, semplice e meno pericolosa, perchè a suo dire il peritoneo del piccolo bacino è meno suscettibile e più tollerante. Per quanto famigliare colla laparotomia, non può negare essere questa una operazione grave. Vista la facilità della esecuzione e la benignità del decorso e la rapidità della guarigione nelle sue operate per via vaginale, si dichiara strenuo fautore di quest'ultima.

Espone la tecnica operativa. Svuota il retto e la vescica. Disinfezione accurata dei genitali esterni e della vagina. Presa ed abbassamento del collo uterino colla pinza, indi incisione trasversale come nel primo tempo della isterectomia vaginale. Non crede rifiutabile l'incisione antero-posteriore. Si dimostra partigiano della generosa incisione, onde possa il liquido iniettato trovar libera e facile uscita. Drenaggio. Le irrigazioni quotidiane come trattamento consecutivo attraverso ai drenaggi dapprima, e levati questi, le irrigazioni vaginali semplici condurranno alla guarigione.

Decio.

M. Condorelli Francaviglia. — **Vagina doppia con imene doppio ed utero inferiormente septus.** — *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* Foglio IV, pag. 426.

L'A. è persuaso che lo studio delle anomalie dei genitali femminili interessi oltre il medico legale e lo scienziato e il pratico.

A titolo di contributo narra quindi il caso clinico che lo stesso Autore così riassume:

Trattasi nel nostro caso di una donna i cui genitali sono viziosamente conformati per la *persistenza d'un setto membranoso verticale, mediano, che dall'ostio vaginale si estende sino all'orificio uterino del canal cervicale, in modo da dividere questo e la vagina in due metà presso a poco eguali;* e per la persistenza *d'un doppio imene di cui notansi come avanzo le caruncole imenali.*

L'A. a questo punto si chiede a quale specie di anomalie di sviluppo appartiene il surriferito caso, e citata l'opinione di Sangalli, fa osservare che tutti i vizi di conformazione, anche quelli che passano sotto la denominazione: per *eccesso di parti* (quali l'utero bicorne, doppio, biloculare, utero bipartito, vagina doppia, ecc.) dipendono da arresto di sviluppo dei condotti di Müller e che perciò non esistono anomalie dei genitali femminei per eccesso di sviluppo. Passa indi

in rassegna tutte le anomalie da parte della vagina e dell' utero e finisce per conchiudere che nel suo caso l'esistenza di un setto che divide dall'avanti all'indietro: la vagina, la cavità cervicale, con imene doppio e doppii gli orifici interni ed esterni dell'utero, fa pensare si tratti di un caso d'anomalia per *vagina doppia*, *imene doppio* con utero *inferiormente septus.*

Indi cita gli autori moderni che riferirono dei casi consimili (Calori, Ambrosoli, Rabe, Cuzzi, Torelli, Schroeder, Landowski, Bratton, Palmer, Ostrom, Dunning, Landois, Nebycow, Saviotti, Scanzoni, Haynes, Von Lukowicz, Rizzoli, Mazzoni, Corazza, Guzzoni, Romiti, Romei, Manzoni, Cullingworth, Budin, Calderini, Richelot, Vallisnieri, Blanc).

Onde spiegare l'anomalia che forma l'oggetto del suo studio, l'A. fa una corsa nell'embriologia, ricordando la genesi identica degli organi sessuali maschili e femminili da un rudimento unico *(condotto segmentale)* il quale va a scindersi nei condotti di Wolff e di Müller che assumono un contegno inverso nel maschio e nella femmina di sviluppo e di atrofia.

Ora nella femmina durante i primi due mesi intrauterini i condotti di Müller sono a contatto sulla linea mediana restandone le cavità separate da un sottile tramezzo destinato a scomparire (per riassorbimento) a dar luogo alla cavità uterina nella porzione superiore, e alla vagina nella porzione inferiore. In alto i condotti sono divaricati per dar luogo alle trombe.

Con questi principii si spiegano la maggior parte dei vizii di conformazione, a seconda del punto dove si verifica l'atrofia nella parte alta o bassa. Nel suo caso la causa del vizio di conformazione sarebbe la mancanza del riassorbimento del setto nel tratto dei condotti di Müller destinato a formare la vagina ed il collo uterino.

Segue indi un capitolo intitolato: *Considerazioni*, che distingue:

a) in *Anatomiche.* — L'imene doppio in vagina duplice smentisce l'opinione di Husckke e Hyrtl che asseriscono che nei casi di duplicità congenita della vagina l'imene non si raddoppia, ma è mancante in amendue le vagine. Inoltre se si considera che nell'imene doppio con vagina doppia si vede con una certa evidenza l'avanzo dei condotti di Müller è lecito dedurre che l'imene ha una origine vaginale.

b) *Medico-legali.* — L'A. crede che tal anomalia non costituisce causa di nullità di matrimonio, perchè non conduce nè all'impotenza, nè alla sterilità. Giacchè nel caso che i canali vaginali fossero molto stretti è possibile col trattamento chirurgico rimovere la *impotentia coeundi.* Nel caso dell'A. non si può affatto sostenere l'*impotentia concipiendi*, poichè la sonda penetra per ambi gli orifici nella cavità uterina.

c) *Cliniche.* — La mestruazione in questo caso si comporta come nell'utero semplice, uscendo il sangue menstruale ora da uno ora da ambi gli orificii. Solo

nel caso di stenosi può aversi l'ematometra. Nel parto l'intervento chirurgico diventa indispensabile, se la parte presentata invece di spostare il setto mediano lo spinge in avanti, e quello è robusto in modo da non essere rotto.

MANZONI.

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Seduta 17 Gennaio 1890.

RUGGI. — **L'operazione del Battey e la nutrizione dell'utero.**

L'A. dichiara di preferire l'esportazione della porzione addominale dell'utero anche nei casi de'grandi tumori, all'operazione di Battey, perchè riesce *altrettanto difficile e molto più indaginosa*, l'esportazione delle ovaie e delle trombe che in simili condizioni sono ricchissime di vasi. Cita tre casi di ovaro salpingectomia bilaterale eseguiti per forti disturbi isterici che furono affatto incompletamente rimossi, onde nelle tre donne dovette poi praticare l'isterectomia vaginale. La mestruazione non si presentò più dopo la castrazione e nei due casi in cui si trattava di vergini, si trovò un utero atrofico con collo più grosso del corpo, mentre l'altro utero che aveva figliato apparve uniformemente atrofico: qui, contrariamente a quanto si riscontrò in uno dei detti uteri virginei, l'atrofia del tessuto muscolare apparve più spiccata negli strati vicini alla mucosa.

Quale spiegazione l'A. nota che l'utero gestante offre un grande sviluppo di vasi, i quali persistono in buona parte al cessare dello stato gravidico, onde è che l'atrofia non riesce a ridurre il volume dell'organo di tanto, quanto nei casi di utero vergine.

L'operazione di Battey, sopprime solo le arterie spermatiche, onde qualora i catamenii persistono, il sangue menstruo sarebbe fornito dalle arterie uterine.

Dalla Gazzetta degli Ospitali. N. 9, 1890.

Dott. F. VILLA.

QUESTIONI OSTETRICO-LEGALI

È permessa la narcosi nelle donne incinte per estrazione di denti?

Il dentista Hamecher di Cottbus sottopose le seguenti questioni a diversi professori di ostetricia:

1.° È permessa o no la narcosi (durata massima uno a due minuti) in donna non disposta agli aborti allo scopo di estrazione di denti? Eventualmente: Può la cianosi insorgente durante una narcosi così breve e che tosto scompare il più delle volte quando si respiri aria pura determinare l'aborto? Conoscono nella loro pratica e nella letteratura simili casi?

2.° È capace la narcosi dopo il 6° mese di gravidanza di provocare il parto prematuro nel caso della 1ª domanda citata? Conoscono nella loro pratica o nella letteratura casi in cui una narcosi così corta per estrazione di denti abbia determinato il parto prematuro?

3.° Credono loro che una breve narcosi nelle gravide a più o meno inoltrato periodo sia pericolosa, se non esiste controindicazione a l'infuori della gravidanza? La narcosi si supporrà naturalmente fatta e sorvegliata secondo le regole. (Qui si tratta specialmente della narcosi fatta con protossido d'azoto o col brometile).

In simile modo risposero a queste domande i professori Dohrn (Königsberg) e Veit, e cioè alla 1.ª La narcosi è nei casi citati concessa. Non ne conseguirà perciò l'aborto: casi in cui ciò fosse avvenuto non se ne conoscono nella pratica nostra o straniera.

Alla 2.ª La spinta al parto prematuro nei casi suaccennati, per la narcosi, non è possibile.

Alla 3.ª Una breve narcosi non è pericolosa nei casi di gravidanza non complicati.

Il prof. Gusserow si espresse nel seguente modo: La possibilità, che nel corso di una narcosi (io ho esperienza soltanto della cloronarcosi) avvenga nelle gravide l'aborto, non si può certo negare, benchè per fortuna abbastanza raramente siansi notati tali casi. Alla fine della gravidanza può benissimo essere affrettato il parto, se insorge asfissia, o se segue forte vomito. Ha perciò il medico e ancor più il dentista, una certa responsabilità in questo rapporto, se ha fatto la cloronarcosi in

gravida. Dal punto di vista della pratica, io ho sempre dimostrato e insegnato che se un'operazione in una gravida è assolutamente necessaria, essa dovrà farsi con ogni precauzione, onde l'esito risponda alla scopo, e così pure la cloronarcosi. Se dunque siano necessarie operazioni dentarie, ciò naturalmente dipende dal caso particolare, e se sia perciò necessario il cloroformio ciò si sottrae al mio giudizio. Ma non mi sembra dubbio che un dentista abbia in questa operazione una responsabilità quale ogni altro operatore.

Wiener Medizinische Wochenschrift, N. 3, 1890.

MARONI.

Sul taglio cesareo post-mortem.

Nel gennaio scorso innanzi a un tribunale di Vienna venne in discussione il seguente caso: Un medico pratico in Margarethen fu chiamato in ora tarda di notte presso una donna che s'era ammalata, dicevasi, repentinamente. Circa 5 minuti dopo l'arrivo del medico la donna spirò. I tentativi di rianimarla fatti dal medico rimasero senza successo. Durante questi tentativi osservava il medico che la defunta era a gravidanza avanzata e seppe dalle sue domande ai parenti che la paziente doveva, fra circa 8 giorni, avere il parto.

Il medico non aveva alcun istrumento seco per intraprendere il taglio cesareo e per questo si limitava a constatare che non si sentivano più i battiti del feto e che quindi il bambino era morto.

Contro il medico si elevava l'accusa nel senso del Paragr. 358 St. G. (Trascuranza di un malato da parte del Medico-Chirurgo).

Nella discussione su questo il medico fu assolto e ciò perchè l'I. R. Medico di Polizia Popper, che gode fama di esperto nell'argomento, dichiarò che secondo l'interpretazione letterale della Legge esistente, il medico avrebbe dovuto intraprendere il taglio cesareo, ma che il successo sarebbe stato dubbio, perchè non si sarebbe potuto dire con certezza che il feto avrebbe potuto essere raccolto in vita. L'assoluzione avvenne quindi perchè il Consiglio di Stato aveva elevato l'accusa secondo il Paragr. 358 St. G., e non per omissione o trascuranza dell'esistente prescrizione legale che si riferisce all'intraprendere l'operazione cesarea. Se fosse stato fatto questo molto probabilmente la discussione del Tribunale avrebbe finito con una condanna.

Riguardo a questo fatto è importante richiamare a mente l'esistente prescrizione che concerne il taglio cesareo. La disposizione di Legge (2 Aprile 1757) che a ciò si riferisce, dichiara: « Che in quei casi in cui muore una donna gravida, debba procedersi subito dopo la sua morte alla consueta apertura e operazione di disse-

zione, per tentare in ogni modo di salvare il feto però con ogni riguardo e precauzione come se l'operazione fosse fatta su persona viva. »

In questa prescrizione mancano, come anche Schauenstein afferma, nel suo Manuale di Igiene Pubblica, delle indicazioni più precise sul periodo della gravidanza o sul tempo trascorso dalla morte della madre in cui non dov'essere pretermesso questo soccorso come unica probabilità di successo.

Schauenstein osserva più innanzi che anche casi in cui i feti erano appena giunti al settimo mese dessi furono mantenuti in vita, come pure se ne conoscono altri in cui col taglio cesareo intrapreso molto tempo dopo la morte della madre (Bernt parla di 48 ore) si estraeva un feto che dava ancora segni di vita. Per contro però Schauta (Realencyklopädie) dice quanto segue: « Lo scopo che si lega a quest'operazione è la salvezza del feto dopo l'avvenuta morte della madre. Però quest'intento fu raggiunto solo di rado perchè abitualmente la vita del bambino non dura oltre la morte della madre. » Troviamo numerosi casi notati nella letteratura, specie in quell' antica, di salvamento del bambino dopo la morte della madre. Dopochè i successi nei tempi più recenti si fanno a questo riguardo sempre più rari, si ha il diritto di fare la domanda se quei casi erano proprio operati su donne morte.

Le cause degl' insuccessi del taglio cesareo post-mortem consistono in questo che ancora lungo tempo prima del completo cessare dell'attività del cuore materno, la pressione sanguigna ed il respiro cadono così in basso che il sangue diventato per questo povero di ossigeno produce l' asfissia del feto e la sua morte quasi sempre ancora prima della morte della madre.

Soltanto in caso di morte affatto repentina avvengono eccezioni a questa regola. Quantunque nell' antica letteratura si parli di numerosi casi di salvamento del bambino dopo il taglio cesareo, pure si deve notare che nella letteratura moderna non si trovano casi di tal fatta credibili, e cioè casi in cui la morte della madre sia stata in modo attendibile constatata e pure il bambino sia stato salvato. Contraddice anche a tutte le nostre cognizioni fisiologiche l'ammettere che il bambino possa così lungo tempo dopo la morte della madre durare nell' utero quanto ci vuole per chiamare un medico e procedere all' operazione. Saranno abbastanza rari i casi in cui il medico possa per avventura trovarsi presente a « morte repentina » e con gli istrumenti necessarii e anche in tali casi il medico dovrà constatare la morte prima di procedere al taglio cesareo e il tempo necessario a ciò è affatto bastante a che la vita del bambino nell'utero si spenga. Donde deriva che l'esistente prescrizione non va più d'accordo con l'odierno stato della scienza.

L'istruzione ricevuta per mezzo dell' ordinanza del governo boemo in data 11 Giugno 1827 per la constatazione di morte va ancora più in là che la citata prescrizione, giacchè essa dice: Per le donne morte nella 2ª metà della gravidanza i chirurghi necroscopi devono con ogni precauzione, necessaria come se si trattasse

di persona viva, intraprendere il taglio cesareo, per poter ancora o salvare il feto, o almeno farlo battezzare. E se il necroscopo non è chirurgo egli deve in tutta fretta far cercare un chirurgo.

Quanto sia desiderabile l'abrogazione della suaccennata ordinanza lo prova l'esperienza, dallo scrittore di queste linee fatta più volte, che medici hanno praticato tagli cesarei 1[4, 1[2 e anche più ore dopo l'avvenuta morte della madre, soltanto per soddisfare la lettera della legge. Che senso deve avere una tale operazione dalla quale il medico stesso non spera più nulla per la vita del bambino?

Wiener Medizinische Wochenschrift, N. 2, 1890.

MARONI.

NOTE DI TERAPEUTICA UTERINA

Codeina nei dolori ovarici. — Il Lauder-Brunton aveva raccomandato la codeina « *nei dolori dell'intestino e della parte inferiore dell'addome.* » Il Freund che la esperimentò largamente nel campo ginecologico, ne ebbe un sollievo passeggiero nei dolori che provengono dall'utero, la trovò inefficace nelle affezioni del cellulare, della sierosa pelvica e delle tube, la raccomanda invece caldamente contro i dolori in nesso con malattie ovariche. Egli amministra tre volte al giorno una pillola di 3 ctg. di codeina con estratto di genziana e polv. di radice di liquirizia. Non ha nessuna influenza dannosa sull'appetito, non produce stitichezza, non induce l'abitudine al rimedio.

(*Centralblatt f. Gynaekologie*, N. 2, 1890).

Preparati di sozojodol. — Con questo nome la fabbrica Trommssdorff di Erfurt ha messo recentemente in commercio sali di un acido *dijodparaphenolsulfon* fra i quali sono stati sperimentati specialmente quelli a base di soda o di potassa solubili in 13-14 parti di acqua o di glicerina alla temperatura ordinaria, con questa differenza che le soluzioni in glicerina non si alterano alla luce, mentre quelle acquose poco a poco si fanno scure. Le soluzioni acquose di entrambi i sali reagiscono acidamente. Al 2 0[0 impedirebbero completamente lo sviluppo dei micro-organismi piogeni.

Nitschmann ebbe buoni risultati, nel catarro cervicale, spolverando il collo col sale di soda, nell'endometrite cronica colle iniezioni mediante la siringa di Braun di soluzioni concentrate del sale a base di zinco. Il prezzo è ancora elevato, essendo di circa 40 centesimi al gramma.

(*Deutsche Mediz. Wochenschrift*, N. 4, 1890).

Papaina e tallina contro il carcinoma. — Z. M. G., un medico di Londra che non declina che le iniziali, raccomanda la papaina in unione alla tallina internamente ed esternamente, quando è possibile, contro il carcinoma. L'agente proprio sarebbe la papaina, ma la sua azione non si spiegherebbe se contemporaneamente non si amministra un depressivo per diminuire la vitalità del tessuto da riassorbirsi!!!! Se la vitalità è già depressa, la papaina potrebbe agire sola. Detti rimedii sarebbero amministrati secondo la seguente formula: papaina 3,0, tallina 2,0, glicerina q. b. per f. pill. N. XV. Ogni tre-quattro ore una pillola, più tardi due in una volta; se si dovesse di nuovo aumentare la dose, sarebbe preferibile, piuttostochè aumentare la singola dose, amministrarne una ogni ora. Esternamente si devono adoperare nella stessa proporzione o in polvere o in pomata con lanolina.

(*Wiener klin. Wochenschrift,* N. 4, 1890).

L'estratto fluido della cimifuga racemosa nel parto. — Il rizoma è officinale negli Stati Uniti, ove gode di grande riputazione come tonico del sistema nervoso, emmenagogo, ecc. Kurse, il quale dà, ciascuna sera, durante il mese che precede il parto, cinque goccie d'estratto fluido, crede che esso abbrevii almeno di una metà il primo ed il secondo periodo del parto, calmi l'irritabilità riflessa, le nausee, il prurito, l'insonnia della fine della gravidanza, diminuisca o sopprima anche i crampi e le contrazioni irregolari del principio del parto, faciliti il travaglio ed allontani la possibilità di lacerazioni, rilasciando le fibre muscolari dell'utero e della vagina, aumenti l'energia ed il ritmo dei dolori del secondo periodo, ed infine, ad imitazione della segale cornuta, apporti la contrazione dell'utero dopo il secondamento.

(*Journal de méd. de Paris,* N. 2, 1890).

La Bryonia alba come emostatico uterino. — La radice della Bryonia possederebbe secondo Petresco proprietà emostatiche analoghe a quelle dell'ergotina e dell'hamamelis virginica, avendone ottenuti buoni risultati non solo nelle metrorragie, ma anche nell'epistassi e nell'emottisi. Petresco ne esperimentò il decotto della radice secca (20-25 gr. alla colat. gr. 150 in un paio d'ore) e gli estratti acquoso ed alcoolico nella dose di 1-3 gr. per giorno. Secondo Urbenu, che ne fece l'analisi, detta radice conterrebbe parecchi principii resinosi, e dei glicosidi, il più potente dei quali sarebbe quello cui diede il nome di Breina.

(*Journ. de méd. de Paris,* N. 2, 1890).

Il simulo nella isteria. — Il simulo Vickaya è il frutto di una Capparis ancora non denominata che cresce nel Perù e nella Bolivia. Introdotto nella terapia delle malattie nervose da Hale White, venne esperimentato da parecchi clinici negli epilettici ed isterici, ma con risultati poco o punto favorevoli. Poulet invece lo trovò indubbiamente efficace in sette casi di isterismo frusto non convulsivo, amministrandolo sotto forma di tintura ad 1[8 e nella dose di 2-8 gr. per giorno. Assai giovevole riuscì pure in un caso di ovarite acuta accompagnata da dolori intollerabili, ed in un caso di gravidanza gemellare complicata a palpitazioni nervose, cefalea intensa, insonnia completa. Nell'epilessia il simulo non potrebbe secondo l'A. aspirare a detronizzare i bromuri, mentre riuscirebbe assai

utile qualora tali preparati fossero inefficaci, o nocevoli o controindicati. Pare che non agisca nè sul polso, nè sul respiro, mentre d'altra parte non produce fenomeni di depressione o d'eccitazione, e neppure cagiona alcun disturbo digestivo.

(*Journal de méd. de Paris*, N. 51, 1889).

Il mentolo nel vomito delle gravide. — Il mentolo già raccomandato da Gottschalk venne da Weiss usato in un caso e con risultato meraviglioso. La donna che da tre settimane vomitava ogni alimento non ebbe più vomito dopo l'amministrazione del mentolo. Siccome detta sostanza si scompone nella soluzione acquosa, il Weiss consiglia la formola:

Mentolo gr. 1, Alcool vinico gr. 20, Sciroppo semplice gr. 30 a cucchiai da thè, uno ogni ora.

Therapeutische Monatshefte. Januar 1890.

NOTIZIE

Università italiane e straniere. — Il Dott. Dobrynin di Pietroburgo venne nominato direttore della Maternità di Mosca.

— Il Dott. Jordan libero docente venne nominato Professore straordinario di ostetricia e ginecologia nella Università di Krakau.

— L'Università di Montpellier festeggierà in maggio il sesto centenario della sua fondazione. Montpellier, dopo Parigi e Tolosa, è la più antica Università della Francia.

— Il Prof. Gusserow, direttore della Clinica Ostetrica nell'Ospedale della Charité di Berlino, festeggiò il 19 gennaio il suo giubileo professionale (25 anni).

— Il Dott. Carpentieri venne nominato libero docente d'ostetricia nella Università di Napoli.

— Nelle ventuno Università tedesche nel semestre invernale 1889-90 vennero inscritti 8714 studenti nelle facoltà mediche contro 8668 inscritti nel semestre invernale dell'anno antecedente.

— È morto Paolo Thaler, professore di ostetricia per le levatrici in Linz.

— Il Dott. Bossi libero docente venne incaricato del corso di ostetricia nella R. Università di Genova.

Corsi feriali a Berlino. — La Società dei docenti di Berlino anche quest'anno darà un corso di lezioni per i medici pratici, che comincierà il 3 marzo

p. v. e durerà un mese circa. Diamo il programma per il corso di Ostetricia e Ginecologia:

Dott. Dührssen: *a)* Corso di ostetricia pratica su osservazioni della policlinica; ogni giorno dalle 8 alle 9. — *b)* Corso di operazioni ginecologiche sul fantoccio di Schultze-Winckel, ogni giorno dalle 3 alle 5.

Dott. Landau: *a)* Ginecologia con dimostrazioni ed esercizii diagnostici, lunedì e giovedì dalle 9 alle 11. — *b)* Corso di anatomia patologica degli organi sessuali femminili, con esercizii di diagnostica microscopica (in collaborazione coi dottori Abel e Th. Landau), Mercoledì e Sabato dalle 12 1[2 alle 3 1[2.

Dott. A. Martin: *a)* Ginecologia con esami e dimostrazioni di operazioni ginecologiche Lunedì, Martedì, Giovedì, Venerdì, eventualmente anche Mercoledì e Sabato, dalle 12 alle 3, a cominciare dal 3 marzo. Le operazioni hanno luogo di consueto dalle 11 alle 12. — *b)* Esercizii di operazioni ginecologiche sul fantoccio Schultze-Winckel (in unione col dott. Orthmann), Lunedì, Martedì, Mercoledì, Giovedì, Venerdì e Sabato, dalle 7 alle 9, a cominciare dal 10 Marzo.

Dott. Carlo Ruge e dott. Gehbard: Corso di diagnostica microscopica delle malattie degli organi genitali, con dimostrazioni su materiale fresco, Martedì, Giovedì e Sabato dalle 2 1[2 alle 4 1[2.

Dott. Veit: Esercizii di diagnostica ginecologica, Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle 10 alle 11.

Dott. Winter: *a)* Corso di diagnostica ginecologica ogni giorno dalla 1 alle 2 e alla sera dalle 7 alle 8. — *b)* Corso di ostetricia pratica utilizzando il materiale della politecnica e della clinica ginecologica della R. Università, ogni giorno dalle 5 alle 6 pom. e Mercoledì e Sabato dalle 9 alle 10 ant.

Stipendio dei professori delle facoltà di medicina in Francia. — *Parigi:* N. 25 professori di I classe L. 15,000 — N. 7 professori di II classe L. 12,000. — *Dipartimenti:* N. 8 professori di I classe L. 11,000 — N. 9 professori di II classe L. 10,000 — N. 41 professori di III classe L. 8,000 — N. 26 professori di IV classe L. 6,000.

X.° Congresso internazionale medico. — Berlino 1890. — *Statuto e programma:*

Art. I. Il decimo Congresso internazionale medico si aprirà a Berlino il lunedì 4 agosto 1890 e si chiuderà il successivo sabato, 9 agosto.

Art. II. Il Congresso è composto dei medici autorizzati che si sono iscritti come membri ed hanno ritirato la loro scheda d'iscrizione. Altri scienziati che si interessano ai lavori del Congresso possono essere ammessi come membri straordinari. I congressisti pagano una quota d'iscrizione di 20 marchi e ricevono in cambio, appena escirà, una copia del resoconto dei lavori del Congresso. L'iscrizione ha luogo al principio dell'adunanza. Può avvenire anche precedentemente dietro invio al tesoriere della quota d'iscrizione con l'indicazione del nome, della qualità e del domicilio del richiedente.

Art. III. Lo scopo del Congresso è esclusivamente scientifico.

Art. IV. I lavori del Congresso si esauriranno in 18 sezioni. All'atto della iscrizione i membri indicheranno a quale o quali sezioni desiderano appartenere.

Art. V. Il comitato provvisorio promuoverà, nella seduta d'apertura, la nomina della presidenza effettiva, che sarà composta di un presidente, tre vicepresidenti e un numero indeterminato di presidenti onorari e segretari.

Nella seduta costitutiva d'ogni singola sezione, la sezione eleggerà un presidente e un sufficiente numero di presidenti onorari che presiederanno alternativamente col presidente effettivo. In causa della diversità di lingue un numero adeguato di segretari sarà eletto tra i membri stranieri. Le mansioni di tali segretari si limitano alle sedute del Congresso.

Dopo la chiusura del Congresso, la presidenza nomina un comitato speciale incaricato della pubblicazione del resoconto completo dei lavori del Congresso.

Art. VI. Il Congresso si riunisce tutti i giorni, sia in seduta plenaria, sia per disbrigare i lavori delle sezioni. Le sedute plenarie hanno luogo dalle ore 11 alle 2. Le sedute plenarie saranno tre.

L'ora per le sedute delle sezioni sarà determinata dalle sezioni stesse, premesso che le sedute non avvengano o si estendano nelle ore riservate alle sedute plenarie. Sedute collettive di due o più sezioni possono avere luogo, purchè la Segreteria del Congresso abbia locali disponibili.

Art. VII. Le sedute plenarie sono destinate:

a) alle discussioni relative ai lavori ed agli interessi generali del Congresso.
b) alle conferenze e partecipazioni d'interesse generale.

Art. VIII. Le conferenze nelle sedute plenarie e nelle eventuali sedute straordinarie sono riservate ai membri prescelti dal comitato ordinativo.

Le proposte relative all'opera del Congresso devono essere dirette dal primo luglio 1890 al comitato provvisorio che decide se convenga metterle all'ordine del giorno.

Art. IX. Nelle sedute delle sezioni si discutono le questioni ed i temi stabiliti dal comitato preventivo delle singole sezioni. Le relazioni del relatore nominato dal comitato o le comunicazioni e mozioni relative al tema costituiscono la base della discussione. Permettendolo il tempo, potranno discutersi altri temi o comunicazioni proposte dai membri, o accettate dal comitato della sezione. La presidenza delle singole sezioni decide l'accettazione e determina l'ordine in cui tali comunicazioni avverranno, a meno che ciò non sia avvenuto per votazione nella seduta della sezione.

Non sono ammesse votazioni su questioni scientifiche.

Art. X. Per svolgere, nelle sezioni, le tesi di partenza, sono concessi in norma, *venti minuti;* nella discussione sono concessi ai singoli oratori (soltanto) *dieci minuti.*

Art. XI. Il testo di tutte le conferenze e partecipazioni fatte tanto nelle sedute plenarie che nelle sezioni deve essere rimesso ai segretari prima della chiusura della relativa seduta. Il comitato di redazione decide se ed in quale misura i suddetti atti possano essere pubblicati nel resoconto del Congresso.

I membri che partecipano alle discussioni sono pregati di rimettere nella stessa giornata, ai segretari, un riassunto manoscritto delle osservazioni fatte da loro.

Art. XII. In tutte le sedute le lingue ufficiali sono il tedesco, l'inglese e il francese.

Gli statuti, i programmi e gli ordini del giorno, si pubblicano in tutte e tre le suddette lingue.

Nelle sedute è tuttavia permesso di servirsi, per brevissime osservazioni, di qualche altra lingua, purchè uno dei membri presenti si dichiari pronto a tradurle in una delle lingue ufficiali.

Art. XIII. Il presidente dirige la discussione secondo le norme parlamentari generalmente ammesse in adunanze congeneri.

Art. XIV. Gli studenti di medicina ed altre persone d'ambo i sessi che senza essere medici, s'interessassero all'argomento da trattarsi in qualche determinata seduta, possono essere invitati dal presidente della medesima o domandare il permesso di assistervi come uditori.

Art. XV. Le partecipazioni o le domande relative agli affari delle singole sezioni debbono indirizzarsi al presidente della relativa sezione. Qualsiasi altra partecipazione o domanda sarà indirizzata al segretario generale, sig. Dr. LASSAR, Karlstrasse 19, Berlin NW.

Diamo qui i nomi di coloro che compongono la presidenza provvisoria della sezione ostetrica e ginecologica, notando come il nome del membro incaricato del disbrigo degli affari sia stampato in caratteri speciali.

Fritsch, Breslavia — *Gusserow,* Berlino — *Hegar,* Friburgo — *Hofmeyer,* Würzburg — *Kaltenbach,* Halle — *Löhlein,* Giessen — **Martin,** Berlino NW. Moltkestrasse, 2 — *Olshausen,* Berlino — *Winckel,* Monaco.

21 MAR 50
LIBRARY

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XII. Marzo-Aprile 1890. Num. 3-4.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO
diretta dal Prof. Cav. Edoardo Porro

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-3 MAY 90
LIBRARY

Distocia rara per mostro doppio, autossita, monomfalo, del genere xifopago

PEL

Dott. ETTORE TRUZZI

Docente libero in Ostetricia, Primo Assistente presso la Maternità di Milano,
Consulente Ostetrico del Municipio di Milano.

Tra i mostri doppî relativamente meno rari, vanno considerati quelli, che, sotto il nome di toracodidimi o toracopagi, di sternopagi, di xifopagi, di toraco-gastropagi, sono essenzialmente costituiti da due corpi fetali abbastanza bene individualizzati e distinti, e solamente riuniti per un tratto più o meno esteso della regione anteriore toraco-addominale. Così, ad esempio, nella sola statistica di 31 casi di mostri doppî, raccolta nel 1867 dal Playfair, 19 appartengono all' accennata categoria (1); e nella *Storia della Teratologia* del Taruffi (2) i soli mostri xifopagi fino al 1885 figurano in numero di 39. Descrizioni poi particolareggiate di tali mostri, che hanno rappresentanti in quasi tutti i musei di ostetricia e di anatomia, si possono leggere tanto in ispeciali monografie, quanto pure nei trattati un po' estesi di anatomia patologica e di teratologia.

(1) PLAYFAIR. « On the mechanism and management of delivery in cases of double monstruosity. » *Obstetrical Transactions*, 1867, vol. VIII, p. 303.

(2) TARUFFI. « Storia della Teratologia. » Parte I, Tomo III. Bologna 1885, pag. 508.

L'interesse della presente pubblicazione sarebbe quindi ben scarso, se dell'occasione, che io ebbi, di assistere alla nascita di un mostro xifopago, volessi appena approfittare per scrivere del medesimo una descrizione *anatomica*, quando pure mi studiassi di renderla ricca di particolari e di illustrarla con ricordi e confronti bibliografici. A distogliermi da tale proposito valse anche, lo confesso, il desiderio di conservare il preparato, pur sempre in qualche modo interessante, pel Museo della R. Scuola Ostetrica di Milano.

Limitandomi pertanto ad una sobria descrizione anatomica, amai meglio insistere sui particolari dell'andamento del parto, invocando, in far questo, a mia giustificazione anche quanto scrissero in proposito il Playfair (1) e l'Herrgott (2), che cioè la attenzione rivolta alle peculiarità di struttura anatomica hanno fatto fin qui troppo trascurare lo studio delle mostruosità fetali sotto il riguardo ostetrico, e sono perciò affatto scarse le storie cliniche, che offrano i voluti particolari anche sull'andamento del parto.

Nel mio caso poi, l'interesse sotto il punto di vista clinico, mi sembrava anche particolarmente rilevante sia per i molteplici fattori (volume, situazione dei feti), che resero distocico il parto, sia per la conseguente necessità di atti operativi, sia infine perchè l'intervento ostetrico essendo, come raramente avviene, guidato dalla giusta diagnosi di mostro doppio, fatta in soprapparto, potè essere abbastanza metodico, e tale da non svisare, con manovre inconsulte, l'andamento caratteristico del meccanismo di parto. Su questo faremo più tardi le considerazioni: ecco intanto l'importante caso clinico.

Alle ore 4 ant. del giorno 9 settembre dello scorso anno, in epoca in cui l'illustre direttore della clinica, il prof. Porro, trovavasi assente da Milano, veniva tradotta alla medesima la partoriente N. N., che fu inscritta col N. 358. Era nata e domiciliata in Milano: aveva 37 anni, e non aveva mai sofferto a sua memoria malattie di qualche importanza. Per quanto io abbia insistito nelle opportune indagini anamnestiche, non mi fu possibile raccogliere qualche dato, che anche lontanamente potesse nel mio caso appoggiare il concetto dell'ereditarietà

---

(1) Playfair. Op. cit., p. 301.

(2) Herrgott. « De l'accouchement dans les cas de foetus thoracopages. » *Annales de gynécologie et d'obstetrique*. Paris, décembre 1886, p. 423.

nella genesi dei mostri doppî: i genitori della paziente sono viventi e sani: esistono due fratelli ed una sorella, affatto sani e ben conformati. Nè la paziente ricorda che in linea più remota, ascendente o collaterale, nella sua famiglia o del marito, si sieno verificate gravidanze composte, e tanto meno nascite di feti malamente conformati. La paziente divenne pubere all'età di 17 anni, ebbe sempre mestruazioni regolari per periodo, però *piuttosto copiose* e di una media durata di otto giorni. Andò a marito all'età di 22 anni: dopo un anno e qualche mese divenne incinta per la prima volta e la gravidanza decorse tutt'affatto regolare: la donna partorì spontaneamente un feto vivo, sano, ben conformato, che allattò, come fece più tardi per gli altri suoi bambini. A non molta distanza infatti dalla prima tennero dietro altre sette gravidanze, delle quali solamente la sesta si interruppe spontaneamente ad epoca abortiva (un mese e mezzo): le altre toccarono tutte il giusto termine e furono seguite da parti spontanei, facili, e da puerperi affatto regolari.

Nell' attuale gravidanza la paziente fu molestata da insolite sofferenze, e particolarmente da vomiti molto insistenti e da cefalea nei primi mesi, da pirosi e da dolori lombari per tutto il corso della gestazione. L'ultimo tributo mensile erasi verificato ai primi di dicembre 1888: molesti, straordinariamente vivaci furono i moti attivi fetali, di cui però la donna non sa ricordare l' epoca di loro prima percezione. Le doglie si iniziarono verso le ore 7 pom. del giorno 8 settembre, quindi verso il termine della gravidanza. Colla spontanea e precoce rottura della membrana colarono acque amniotiche, al dire della paziente, affatto chiare e *piuttosto abbondanti.* Dopo qualche ora vennero in aiuto alla donna, prima una, poi due levatrici, che inutilmente con reiterate trazioni sul tronco di un primo feto, che presentavasi per l' estremo podalico, ed era in parte emerso dai genitali materni, tentarono farne l'estrazione. Verso le tre antim. del giorno 9 veniva chiamato a domicilio della paziente il mio collega dott. Bertazzoli, 2.° assistente alla Maternità, il quale, dopo aver fatto qualche prudente tentativo per disimpegnare le braccia fetali, di cui il sinistro era anche sbarrato dietro la nuca, decideva inviare la donna alla clinica, a ciò indotto specialmente dalla circostanza che un certo grado di spasmodia uterina, oltre rendere difficili e pericolose ulteriori manovre d' intervento, toglieva possibilità di riconoscere esattamente la natura ed entità degli ostacoli che si opponevano alla estrazione del feto.

La paziente giunse all'Ospizio visibilmente spossata di forze, sofferente, angosciata anche moralmente per la inusitata difficoltà al parto e pel dubbio di dover affrontare ulteriori e più gravi patimenti. T. 37.7, P. 90, R. 26.

La statura della donna è appena media, la costituzione piuttosto gracile. Seppi in seguito come anche il marito non sia molto robusto.

L'esame ostetrico ci faceva rilevare, come più importanti, i seguenti dati: l'utero, piuttosto sensibile alla palpazione, si appalesava leggermente più sviluppato in senso trasversale, e tuttora discretamente voluminoso, per quanto fosse già avvenuto in notevole copia lo scolo delle acque amniotiche, per quanto dai genitali esterni della donna apparisse fuoruscita buona parte di un tronco fetale. La circonferenza addominale al bellico misurava 101 cm.; però all'estensione della stessa concorreva in parte un certo grado di meteorismo. Le pareti uterine erano discretamente addossate sul contenuto; ma, ciò malgrado, era possibile sentire distintamente verso la fossa iliaca sinistra la presenza di una parte fetale grossa, tondeggiante, resistente, che aveva i caratteri di una testa di feto; un'analoga parte fetale, pressapoco di eguali proporzioni, si riscontrava appena al disopra del pube, sulla linea mediana: a destra e verso l'alto si avvertivano, un po' confusamente, parti piccole di feto. Nessuna parte dell' ambito uterino si dimostrava abbastanza elastica alla palpazione, perchè si potesse credere alla persistente integrità di un sacco ovulare. Non iperfonesi da eventuale timpanite uterina. Ascoltazione affatto negativa. Quel tronco fetale, che trovavasi fuoruscito fin verso le spalle dal pudendo materno, aveva uno sviluppo come di feto quasi maturo: il funicolo era flaccido, non pulsante: il dorso era rivolto all'innanzi, e sul medesimo, come in altre parti della superficie fetale si notavano alcune lievi depidermizzazioni, causate dai reiterati maneggi di estrazione.

La presenza in vagina della parte alta del tronco fetale rendeva un po' stentato il riscontro digito-vaginale; ad ogni modo, spostando opportunamente il corpo fetale, si riesciva a riconoscere completo il grado di dilatazione dell'orificio uterino, sbarrato dietro la nuca il braccio sinistro, mentre il destro trovavasi innalzato verso il lato destro della testa fetale. Pelvi materna normale.

Così, a questo primo esame senza cloronarcosi, mi pareva che l'ostacolo all' uscita del feto, anzichè da idrocefalia, da tumori o da altra causa, potesse dipendere ad un tempo e dalla anormale attitudine degli arti superiori del medesimo e dalla presenza nel cavo uterino di un secondo feto, probabilmente nella stessa cavità amniotica, situato trasversalmente, e, come tale, capace di recare impedimento al passaggio della testa del primo gemello.

Senonchè, dopo avere sotto la cloronarcosi disimpegnato abbastanza facilmente gli arti superiori di quest'ultimo, mentre tentava, avanti ricorrere ad altri spedienti, di estrarre anche la testa del medesimo, mi fece sorpresa il fatto di non potere nè abbassare fino al collo il tronco del medesimo, nè raggiungere per le volute trazioni la mandibola fetale. Fu anzi in tale ricerca che la mia mano potè avvertire la presenza di un *grosso ponte di tessuto compatto,* resistente, alquanto stirato, che,

aderendo in basso all'epigastrio del primo gemello, si protendeva verso l'alto fino a guidarmi verso sinistra alle spalle, al collo ed alla testa dell'altro feto, verso destra all'ovoide podalico del medesimo. Stabilita con ciò la diagnosi di abnorme unione dei due corpi, era facile concretare un razionale programma d'intervento. Tenendo conto dell'avvenuta morte del mostro, nonchè del considerevole volume del medesimo, riflettendo come in donna spossata dai ripetuti maneggi, fosse anzitutto indicato il risparmiare alle parti molli del canale del parto ogni possibile traumatismo, decisi ridurre prima mediante perforazione la testa del primo feto, ch'era bastantemente accessibile; ed indi andare alla presa dei piedi del secondo feto e colla versione ottenere l'estrazione dei gemelli aderenti. La craniotomia venne eseguita colla forbice dello Smellie sulla regione occipitale, resa meglio accessibile coll'abbassare fortemente contro il perineo il tronco fetale: ottenuta con diligente escerebrazione la riduzione della testa, tratti in basso i piedi del secondo gemello e con estesa parte del tronco anche l'arto superiore sinistro, sotto il concorso di forti premiti della donna vennero rapidamente ad esternarsi la testa del primo, poi in occipito posteriore quella del secondo feto, a lato della quale trovavasi innalzato il braccio destro fetale. Dopo pochi minuti avveniva in modo quasi affatto spontaneo l'uscita di una grossa ed unica placenta, la quale col sacco completo ed unico delle membrane e col funicolo pesava 910 grammi. Il cordone ombellicale si iniziava unico alla sua inserzione fetale, che trovavasi in corrispondenza al margine inferiore del ponte di unione: restava unico per tutta quasi la sua lunghezza e solo a circa 5 cm. dalla inserzione placentare si espandeva colla propria guaina amniotica a formare un largo cono, la cui base era rappresentata dalla superficie stessa di attacco alla placenta. In tale cono amniotico gli elementi vasali del funicolo, due vene e quattro arterie, si discostavano in due fasci leggermente divergenti, ciascuno dei quali risultava formato di una vena e due arterie, e si dirigeva e si sparpagliava a zampa d'oca in una metà della focaccia placentare, pressapoco eguale all'altra per estensione e per spessore. La circonferenza della placenta misurava cm. 71: il diametro massimo era di cm. 21, il minimo di 20. Le due circolazioni fetali in grembo alla placenta ci apparvero, alla iniezione, comunicanti.

Il puerperio della donna, alla quale dopo il parto venne praticata generosa lavatura endouterina con soluzione calda di creolina Pearson all'1 0[0, ebbe un decorso affatto apiretico e regolare. La paziente lasciava il letto in nona giornata ed in quindicesima veniva congedata dall'ospizio.

Il mostro doppio, di cui offro l'immagine riprodotta col processo di fotoincisione, ha un peso di 5170 grammi; epperciò, tenuto conto della avvenuta perdita di meconio, e della escerebrazione del primo

Gemelli aderenti nella rispettiva loro situazione ed attitudine durante il parto, al momento in cui la madre venne ricoverata nella Clinica Ostetrica.

I medesimi visti di fronte.

gemello, ricordando a questo proposito le medie di Letourneau (338.5 gr.) e di Hecker e Buhl (352 gr.) per il peso della massa encefalica nel feto a termine, si può ritenere che il peso di ciascuna metà del mostro non sia gran fatto lontana dalle misure medie di un feto maturo. Ciò viene confermato dai seguenti altri dati: dei due feti, entrambi di sesso femminile, il primo misura in lunghezza cm. 51.5 (26.5 + 25): il secondo cm. 49.5 (27.5 + 22). Lo stato generale di nutrizione è per entrambi affatto normale, nè all'esame esteriore appare altra anomalia di sviluppo all'infuori dell'abnorme saldatura alla regione sopraombellicale. Le misure cefaliche non vennero prese che per la testa integra del secondo feto. Eccone le principali:

Diametro	Oc. Ment.	cm.	12.5
»	Oc. Fr.	»	11
»	Bip. (anat.)	»	9
»	Bimast.	»	7.5
»	Sottoc. Br.	»	9
»	Sottoc. Fr.	»	10.5
»	Mento Br.	»	10
»	Mento Fr.	»	8.5.

Quanto ai diametri del tronco avevansi per i due feti:

	1.º Feto.	*2.º Feto.*
Biacromiale . .	11.5	10.5
Sternodorsale .	8.5	8
Sacropubico. . .	5	4.5
Bitrocant. . . .	9	8.8

Sperimentando in una pelvi a secco l'estrazione dei due feti nella situazione che tenevano durante il parto, e facendo trazioni anche sostenute sul tronco del primo gemello (in presentazione podalica), non potei ottenere che un limitato abbassamento in totalità del corpo fetale: e ciò perchè l'elasticità e cedevolezza del ponte di unione, e la possibilità di un esteso allungamento venivano ad essere di molto minorate in causa della torsione subita dallo stesso ponte di tessuto per 1/4 di giro intorno al proprio asse maggiore: anche cimentandone con discreto sforzo di trazione la resistenza, non riescivasi che ad abbassare il primo feto di tanto, che il vertice del medesimo giungesse a livello del fianco superiore destro del secondo feto posto in situazione trasversa.

Il ponte di tessuto, che unisce i due corpi, ha una minima circonferenza nella sua parte mediana di 22 cm.: alle due estremità si allarga a mo' di cono verso la regione sterno-addominale di ciascun feto, estendendosi colla rispettiva base di impianto alla regione sopraombellicale, dalla inserzione del funicolo, che è ad un livello piuttosto basso, fino a circa due centimetri all' insopra dell' appendice ensiforme: l' altezza del ponte di tessuto verso il suo mezzo, cioè nella sua porzione più ristretta, è di circa 9 cm.; cercando di discostare l'uno dall'altro i due feti, la distanza dei due apici mammillari esterni è di cm. 9.

L'esame interno, condotto, come già dissi, in guisa che il preparato potesse essere conservato nel Museo della R. Scuola, diede come più importanti le seguenti particolarità anatomiche: al torace si riscontra indipendenza assoluta delle due pareti costali avvicinate, nonchè dei due sterni: a questo livello il ponte di riunione non è costituito che dalla cute e da abbondante tessuto cellulo-adiposo solamente alquanto ispessito a foggia di un nastro fibroso tra le due appendici xifoidi, leggermente sollevate allo innanzi. Appena al disotto delle medesime riscontrasi un *prolungamento digitiforme*, *che*, come nel caso descritto da Fanzago (1), *collega i due sacchi pericardici* e ne rende comunicanti le cavità, impartendo al loro assieme la forma di una clessidra adagiata sulla volta diaframmatica: il canalicolo di comunicazione tra i due sacchi offre nella sua parte più angusta un diametro di 6 mm. I due cuori, di sviluppo pressochè uguale, si appalesano completamente e normalmente conformati; il fascio vasale, che ne diparte, non offre alcuna apparente anomalia. I polmoni, in numero di due per ciascun feto, hanno sede normale; sono atelectasici. — Il *diaframma è unico* e nella parte mediana della faccia superiore del medesimo prende inserzione un *fegato voluminoso, che è unico* per i due feti, e si estende dalla regione laterale destra dell'uno fino oltre la linea mediana dell' altro. A questo viscere fanno capo per due distinti ili due vene ombellicali. Tolto quel po' di spostamento, inerente alla unicità del fegato, del resto non si riscontra nessun indizio di inversione dei visceri addominali. Così entrambe le milze sono rispettivamente alla parte sinistra dell'addome; il cieco è a destra per l'uno e per l'altro feto, la curva sigmoidea a sinistra. Meconio in scarsa quantità in entrambi i crassi. Due reni per ciascun tronco, spiccatamente lobulari, di normale ubicazione e sviluppo, provveduti ciascuno del proprio uretere e sormontati dalla rispettiva capsula soprarenale; gli ureteri finiscono nella vescica urinaria, che ha sede normale in ciascun tronco. Nessuna apparente anomalia all' apparato genitale, sì esterno che interno.

---

(1) Fanzago. « Storia del mostro che nacque sul Bresciano. » Padova 1803.

Sarebbe certamente inopportuno che dalla sommaria descrizione anatomica del caso di *dupplicitas parallela,* da me osservato, io volessi prendere argomento per riandare le fasi storiche della tanto dibattuta quistione della genesi dei mostri composti, ricordando gli argomenti addotti pro e contro alle dottrine dell'*unità primitiva* e della *dualità primitiva,* ed alle teorie più moderne della *radiazione* di Rauber (1) e della *biforcazione* di Gerlach (2). Lascio pertanto di proposito in disparte queste dibattute quistioni di teratogenia, alla cui soluzione del resto, meglio che lo studio di semplice casuistica coll'esame anatomico più o meno minuzioso dei mostri, quali ci si presentano già formati ad epoca più o meno inoltrata di gravidanza, possono giovare gli studî di anatomia comparata e le ricerche di teratologia sperimentale sull' indirizzo dato da Valentin, da Panum, da Dareste, da Leo Gerlach, da quanti insomma studiarono l'artificiale produzione delle mostruosità a mezzo di lesioni meccaniche, termiche, respiratorie (verniciatura dell' uovo), indotte sull'embrione o sull'uovo.

Per ciò che riguarda la condizione anatomica del mostro xifopago, da noi osservato, ci limiteremo invece a richiamare semplicemente l'attenzione sopra questi tre fatti:

1.° Contrariamente alle idee di Baer e di Schultze, non venne riscontrata nel mio caso alcuna tendenza alla posizione inversa dei visceri addominali in uno dei corpi: solo il fegato, per essere unico, appariva in qualche modo leggermente dislocato, trovandosi nella parte mediana e superiore di quella cavità addominale, che poteva dirsi unica, se considerata nella porzione sua più elevata e sottostante al diaframma pure unico.

1.° Il mostro aveva un solo cordone ombellicale, come *quasi sempre* del resto avviene in caso di xifopagi, i quali, com'è noto, appartengono nella classificazione di Is. Geoffroy Saint-Hilaire alla grande famiglia dei *monomfali* (riunione di due individui completi, aventi un ombellico comune). Scrissi « quasi sempre » perchè in taluni eccezionalissimi casi, come quelli di Wills e di Ahlfld, citati da Taruffi, il cordone ombelli-

---

(1) Rauber. « Die Theorie der excessiven Monstra. » Virch. Arch. Bd. LXXI, p. 133, Bd. LXXIII, p. 531, Bd. LXXIV, p. 66.

(2) Leo Gerlach. « Entstehung von Doppelmissbildungen. » Stuttgart 1882. — H. Koch. « Gerlach's Beiträge z. Morphologie u. Morphogenie. » Stuttgart 1884.

cale apparve doppio e non unico (1). Meritevole di nota è pure l'esistenza nel funicolo di due vene ombellicali; a proposito del qual fatto è veramente strana la discordanza di opinioni tra gli autori: mi basti citare quanto scrissero in opposto senso due anatomo-patologi italiani, il Sangalli ed il Taruffi. A parere del primo, il cordone ombellicale risulta di solito in questi casi di una vena a quattro arterie: la presenza di due vene costituirebbe un fatto raro (2). Il Taruffi invece così si esprime: « Quando il funicolo è unico, suol essere fornito di due vene, con un numero variabile di arterie, da 4 a 2. (3) »

3.° Il sesso del mostro è femminino per entrambi i corpi fetali; ciò sarebbe pertanto in correlazione colla legge enunciata da Meckel, ma non da tutti accettata, circa il predominio del sesso femminino in casi di mostruosità (4).

Veniamo ora a quelle considerazioni, che il mio caso suggerisce sotto il punto di vista ostetrico.

La sorprendente facilità, onde in taluni casi ebbe luogo il parto dei mostri doppî, devesi ascrivere, com'è noto, ad alcune speciali condizioni, delle quali, per ciò che riguarda il prodotto del concepimento, le tre seguenti sono di maggiore importanza.

1.° Lo *scarso sviluppo,* da immaturità o da altra causa, del mostro doppio.

2.° La *fusione molto intima* dei due corpi fetali così da risultarne, come nel caso di mostro diprosopo, dipigo, cefalotoracopago, un tutto quasi unico, di poco superiore in proporzioni ad un solo feto, che sia bene sviluppato.

3.° Oppure una condizione affatto opposta alla antecedente e cioè una lassa o limitata unione dei due corpi bene individualizzati e la conseguente *reciproca spostabilità* dei due feti, che permettano o l'uscita prima di un feto, poi dell'altro; od almeno, nella contemporanea loro discesa attraverso il canale del parto, un favorevole mutuo rapporto,

---

(1) TARUFFI. « Storia della Teratologia. » Parte I, Tomo II, p. 526.

(2) SANGALLI. « La scienza e la pratica nella anatomia patologica. » Fascicolo III, Libro I.

(3) TARUFFI. Op. citata, p. 526.

(4) « Lex est generalis, paucis tantum exceptionibus subiecta, monstrua fœminin longe saepius occorrere masculinis. » — MECKEL. *Comm. de dupplicitate menstruosa,* p. 14.

così da aversene rimosso il pericolo del simultaneo impegno di parti fetali troppo voluminose e resistenti.

L'influenza di tali fattori, e particolarmente del grado di fusione e della reciproca spostabilità dei due corpi, è sull'andamento del parto abbastanza costante nei suoi effetti e rese quindi possibile agli ostetrici il raggruppare le diversissime forme di mostri doppî in poche fondamentali categorie, ed ideare, come fecero il Playfair ed il Veit, una classificazione, che potrebbe dirsi *ostetrica* in contrapposto alle molte e svariate classificazioni fatte dai teratologi sotto il riguardo *anatomico.*

È noto infatti come il Playfair abbia diviso, sotto il punto di vista delle difficoltà al parto, i mostri doppî in quattro grandi classi, che sono:

A. Due corpi quasi distinti, riuniti in avanti per una estensione variabile al torace o all'addome.

B. Due corpi quasi distinti, riuniti al dorso per il sacro e la parte inferiore della colonna vertebrale.

C. Mostri bicefali, con un solo corpo e due teste distinte.

D. Corpi separati in basso, ma le teste parzialmente o completamente fuse.

Questa classificazione di Playfair ha il non lieve merito di essere molto semplice e facile a ritenersi: ma, sotto il punto di vista del meccanismo di parto, molte forme di mostro doppio, come del resto confessa anche l'A., o non sono comprese oppure devono essere confuse con altre, il cui meccanismo di parto è tutt'affatto differente. Così, a tutto rigore, non si saprebbe nella classificazione dell'insigne ostetrico inglese a quale dei quattro gruppi destinare il caso relativamente non raro di coesistente fusione più o meno completa delle due teste e dei due tronchi fetali, come avviene, ad esempio, nel mostro dipigo, cefalotoracopago, e (secondo la classificazione dei Geoffroy St. Hilaire), nel mostro sycefalo (ianicepsiniope-synote), in cui l'unione non è limitata alla testa, ma estesa di solito a tutta la parte sopraombellicale dei due tronchi, e nel monocefalo (deradelfo, toradelfo, ileadelfo, sinadelfo), nel quale alla apparente unicità della testa si accompagna la fusione del tronco per lo meno nella sua parte sopraombellicale. Che se si volesse comprendere questi mostri nel gruppo quarto della classificazione di Playfair, tra quelli cioè formati da due corpi separati in basso e parzialmente o completamente riuniti a livello della testa, si verrebbe ad accomunare il dipigo

ed il cefalotoracopago col mostro craniopago, nei quali le particolarità dell'andamento del parto sono per solito alquanto differenti.

I monocefali colla coesistente fusione più o meno estesa del tronco trovansi invece presi nella dovuta considerazione in una classificazione del Tarnier (1), che distinse i feti aderenti a norma che la riunione esiste alla testa, alle natiche, al tronco; suddividendo l'ultimo di questi gruppi in due generi, a norma appunto che il mostro è monocefalo o dicefalo.

Una delle migliori classificazioni ostetriche ci venne data dal Veit, e noi la troviamo infatti riprodotta in quasi tutti i moderni trattati di ostetricia (Schroder, Charpentier, Lusk, Müller, ecc.). Il Veit sintetizza le svariate forme di mostri doppî in tre grandi gruppi (2):

— Nel primo stanno casi, in cui la duplicità (anteriore o posteriore) è pochissimo manifesta, essendo invece la fusione tra i due corpi molto intima; vi appartengono il cefalotoracopago, il dipigo, il diprosopo.

— Nel secondo gruppo la duplicità è alquanto più manifesta, l'unione tra i due corpi è meno intima ed è limitata all'uno od all'altro polo fetale. Vi si comprendono il craniopago, l'ischiopago, il pigopago.

— Nel terzo gruppo troviamo le diverse forme di toracopago e di dicefalo: casi cioè di dupplicitas anterior e parallela, in cui la fusione di solito è poco intima, la reciproca spostabilità dei due corpi abbastanza rilevante, talora (nei xifopaghi) grandissima: la fusione non ha luogo agli estremi poli del feto, ma lungo il tronco.

I mostri del *primo gruppo* non offrirebbero di anormale nel parto che l'eccessivo loro volume, risultante dalla quasi completa compenetrazione di due corpi in uno solo. Occorrono quindi doglie energiche, talora il forcipe. Talora, come nel caso di cefalotoracopago a termine, il volume delle spalle può essere tanto notevole da esigere la riduzione del feto con mezzi embriotomici. Così in un caso di Detharding (3), si dovette dopo ripetuti tentativi di forcipe ricorrere alla cefalotrissia, alla disarticolazione di un braccio ed ultimare il parto mediante rivolgimento.

---

(1) Tarnier. « Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire et procédés d'extraction. Thèse. » Paris 1860.

(2) Veit. « Ueber die Leitung der Geburt bei Doppelmissgeburten. » *Samml. d. Klinischer Vorträge,* N. 164, 165, Lipsia 1879.

(3) Detharding. « Nova acta Acad. Cesareæ Leopoldo. » Car. t. X.

Anche nel dipigo la presenza di tre o quattro arti inferiori può creare difficoltà all'estrazione, specialmente quando uno degli arti sia anchilosato e venga per sua eventuale direzione in senso normale o quasi all'asse longitudinale del feto a fare ostacolo contro il contorno dello stretto superiore.

Nei casi del *secondo gruppo* di Veit e specialmente nella cranio ed ischio-pagia i feti, congiunti per uno dei loro poli, avendo per lo più i rispettivi loro assi longitudinali sull' istessa direzione, vengono partoriti agevolmente l'uno dopo l'altro, senza che si abbia contemporaneo impegno di parti fetali voluminose nel bacino. Però nella pigopagia la bisogna non corre tanto facile e liscia: essendo infatti l'unione limitata alla regione sacrale, i due tronchi sono bensì suscettibili di un facile, mutuo scostamento angolare: ma è invece limitatissima l' escursione di un feto sull'altro nel senso del loro asse maggiore. Ne avviene che nei pigopaghi la presentazione podalica, contrariamente a quanto avviene per gli altri mostri doppî, ha una prognosi assai meno favorevole della presentazione cefalica: dato infatti il caso che il primo dei feti si presenti per il vertice, può essere facile l' uscita del mostro in grazia di un meccanismo di evoluzione pel quale, come avvenne per le sorelle ungheresi, si esterna prima la testa, poi il tronco e l'ovoide podalico del primo feto, al quale tien dietro presto il secondo, ultima uscendo la testa del medesimo. In caso invece di presentazione podalica primitiva per entrambi i feti, e di contemporaneo loro impegno nel bacino, possono aversi difficoltà notevoli o pel disimpegno delle quattro braccia (come nel caso di Hochstetter) (1) o per l'uscita delle due teste.

Il modo di unione delle svariate forme di toracopago *(gruppo terzo* di Veit), è invece alquanto più favorevole al meccanismo di uscita dei due corpi, in quanto lo scostamento angolare nelle parti alte dei medesimi, benchè inferiore in estensione a quello dei pigopaghi, è però spesso bastevole al compimento del citato modo di evoluzione fetale; d' altra parte, per essere l'unione dei due corpi in avanti meno intima e meno fissa di quella, che per fusione dei due sacri si osserva nei mostri pigopaghi, la spostabilità dei toracopagi nel senso del loro asse longitudinale è ben più facile ed estesa. Da ciò ne risulta che, in casi di

---

(1) Hocstetter. « Wuntemb. Aerztl. Corresp. Blatt. » T. IV.

presentazione podalica, viene più facilmente evitato il simultaneo impegno delle due teste nel bacino materno, ed invece prima si abbassa l' una delle medesime, e più favorevolmente quella che corrisponde alla parete pelvica posteriore. Nei casi di Brie (1) e di Molas (2), ed in quello più recente di Bruch (3), un tale meccanismo di uscita delle due teste venne reso più facile con forti trazioni sui fuorusciti tronchi fetali verso l'alto ed in avanti, verso il ventre cioè della madre. Il forzato parallelismo, a cui sono tenuti i due corpi del mostro pigopago stante la accennata intima loro fusione in corrispondenza del sacro, rende, ripeto, meno facile all'operatore anticipare la discesa di quella testa, che corrisponde alla parete pelvica posteriore; di qui difficoltà molto rilevanti, al punto da richiedere, come nel caso di Grosse (4), la sezione con forbici e bistorì della regione abnormemente fusa e l' estrazione prima dell' uno e poi dell'altro feto; e ciò dopo frustanei tentativi di estrazione manuale, dopo infruttuose trazioni con uncino ottuso applicato sul tratto di riunione dei feti. Eppure nel caso di Grosse i feti non avevano che uno scarso sviluppo, all'incirca corrispondente all'ottavo mese di gestazione!

La spostabilità dei mostri toracopagi raggiunge nel genere xifopago un grado così notevole, da permettere che i due corpi abbiano a presentarsi in senso inverso al momento del parto, l'uno cioè per l'estremo cefalico, l'altro per il podalico (casi di Harley (5), di Montgomery (6), di Biaudet et Bugnion (7), di Schroeter) (8); avvenne ancora che l'uno dei feti potesse venire estratto in totalità dal canal genitale, mentre era ancora collegato per il ponte abnorme di adesione all' altro feto, che ancora trovavasi nelle parti materne.

È appunto, come già dissi, a tale mutabilità nei reciproci rapporti fetali, oppure in altri casi a quella pressochè completa compenetrazione

---

(1) Brie. *Bulletins de la Faculté de Médecine.* Vol. IV. — In: *Ostetric. Tranct.* Vol. VIII, p. 304.

(2) Molas. In: Dugès. *Mém. de l'Acad. med.* Tom. I: ed in: *Obstetric. Transact.* Vol. VIII, p. 304.

(3) Bruch. « Vereinsbl. der pfälzischen Aerzte » 1888. — In: *Frauenarzt.* Hft. 10, 1888, p. 553.

(4) Grosse. « Geburt eines zusammengewachsenen Zwillings. » *St. Petersburger Med. Zeitschrift,* 1885, N. 10, — e *Centralb. f. Gynäk.,* 1885, N. 47, p. 752.

(5) Harley. *The Brit. Med. Journal,* 17 aprile 1875.

(6) Montgomery. *Philsdelphia Med. Times,* 1 maggio 1875.

(7) Biaudet et Bugnion. *Revue medicale de la Suisse Romande,* 1882, N. 3, marzo.

(8) In Kleinwächter: « Die Lehr. von Zwillingen. » Praga 1871, p. 201.

dei due corpi, che riduce il mostro ad una massa quasi unica e non di troppo voluminosa, od infine alla condizione di immaturità e di manchevole sviluppo del prodotto, che devesi attribuire la notevole proporzione di parti spontanei, quale figura nelle statistiche, e quale a prima giunta non si saprebbe conciliare col concetto di un forzato simultaneo passaggio di due corpi attraverso alla filiera pelvigenitale materna. Il primo fatto, che ci colpisce nella storia di questi parti, così scrive il Playfair, è la frequenza onde si sono ultimati colle sole forze naturali, senza alcuna assistenza per parte dell'ostetrico. Così dei 31 casi, che io ho raccolto, non ve ne ha meno di 12, in cui il parto fu naturale e senza alcuna difficoltà apparente (1). Così pure nella statistica di Hohl raccolta nel 1850 (2), troviamo che la distocia non vi è rappresentata se non nel 42 per 0[0 dei casi. Anche il Küstner, che nel recente *Trattato di ostetricia* redatto dal Müller ha scritto il capitolo dei mostri doppî, non manca di insistere sulla frequenza, onde le risorse naturali, sopra tutto in grazia dello scarso sviluppo fetale, possono bastare allo spontaneo compimento del parto. L'A. ricorda, tra altro, come tutti cinque i toracopagi, che figurano nei musei di Jena e di Dorpat, siano stati partoriti spontaneamente o mediante aiuto ostetrico di poca importanza (3). E analoghi concetti troviamo pure svolti in un lavoro di Fränkel sopra il meccanismo, la diagnosi ed il governo del parto in casi di mostri toracopagi (4). Fra di noi merita di essere ricordato il Malacarne, il quale, mezzo secolo prima che l'Hohl formulasse in Germania i suoi autorevoli precetti circa la preferenza che nel parto di mostri doppî devesi concedere ad una vigilante aspettazione, e circa ai danni di un

---

(1) Playfair. *Transact. Obstetr.* Vol. VIII, p. 302. Si noti a questo proposito un errore incorso nella traduzione francese Vermeil (1879) del *Trattato di ostetricia* del Playfair; errore, che troviamo poi riprodotto nelle citazioni di tale periodo come, ad esempio, nel *Trattato* di Charpentier. (Vol. II, p. 495). Nella trad. Vermeil si dice « Ainsi, sur 31 cas, il n'y en a pas moins de 20 dans lesquels l'accouchement fut naturel, etc. » — Non posseggo il testo inglese del *Trattato di ostetricia* del Playfair: ma nella sua monografia sul parto dei mostri doppî trovasi scritto « Thus, out of the 31 cases I have collected, no less than 12 were delivered naturally..., etc. »

(2) Hohl. « Die Geburten missgestalter, kranker u. todter Kinder. » Halle 1850, p. 148.

(3) Otto Kustner. « Doppelmiss bildungen. » In « Handbuch der Geburtshülfe » herausgegeben v. Müller. Stuttgart 1889, Bd. II, Hft. 2, p. 693.

(4) Frankel. « Uber den Mechanismus, die Diagnose u. die Leitung der Geburt bei Thorakopagen. » *Breslauer ärztl. Zeitschrift*, 1884, N. 1.

intempestivo intervento, non mancava di alzare un primo grido di protesta contro la mala pratica di taluni operatori, che in casi di mostro doppio, avevano ricorso alle più brutali mutilazioni delle parti del feto (1).

Ma l'accennata favorevole spostabilità dei due corpi in casi di mostri della terza classe di Veit può essere di grave nocumento allorquando, sia il feto toracopago oppure dicefalo, viene a permettere che l'uno dei feti sia a metà espulso in situazione longitudinale, mentre l'altro, come avvenne appunto nel mio caso, si disponga in senso trasverso all'ingresso del bacino, e quivi tanto maggiormente si fissi quanto più validi sieno gli sforzi per l'estrazione della prima parte del mostro. Non è esclusa, a dir vero, anche in questi casi, la possibilità che, data una ragguardevole indipendenza dell'uno dall'altro feto, il secondo dei medesimi possa dopo il primo, sotto l'opera di valide contrazioni, disporsi pure in situazione longitudinale e venire espulso con presentazione anche del polo opposto a quello, onde s'era estrinsecato il primo dei due corpi. Se poi una tale fortunata soluzione non può attendersi, perchè la riunione tra i due feti non è sempre suscettibile di un esteso allungamento, oppure perchè in casi di dicefalo dibrachio la possibilità di uno scostamento angolare delle due teste è affatto limitato, la natura in simili contingenze non si è mostrata a corto di nuove risorse: il parto potè espletarsi in moto spontaneo mediante quella stessa evoluzione fetale, di cui abbiamo fatto cenno a proposito del parto del mostro pigopago: succede cioè che l'una delle teste fetali si fissi al disopra della sinfisi pubica, l'altra si esterni grado grado al disotto della medesima venendo in seguito ad estrinsecarsi il tronco e l'estremo podalico del primo feto, poi quello del secondo, ultima esternandosi la testa del secondo. È questo anzi il meccanismo, che integralmente o con poche varianti venne seguito di preferenza dagli ostetrici allorquando per insufficienza delle forze naturali dovettero procedere all'artificiale compimento del parto. Così il Veit in un suo caso, nel quale il primo feto presentavasi per il vertice, il secondo per la spalla, riescì a far presa sui piedi di quest'ultimo, ed estrarre di conserto i due tronchi, l'uno vicino all'altro, ottenendo per

---

(1) MALACARNE. « Dei mostri umani, ecc. » Lezioni accad. (*Mem. della Soc. ital. delle Scienze*, 1802, IX, P. 1, p. 49). Veggasi in: CORRADI. « Dell'Ostetricia in Italia, ecc. » Bologna, 1874, p. 875.

ultima l'uscita della testa del secondo feto. In un altro caso congenere di Jungmann (1), si riescì per la notevole distensibilità del tratto di riunione ad estrarre *in toto* mediante versione sui piedi il primo feto, mentre il secondo, tuttora aderente al primo, non venne espulso che dopo, allorquando la presentazione del piano laterale venne per spontanea versione a trasformarsi in presentazione podalica. In un caso di Letouge, che figura nella statistica di Playfair, avvenne che, dopo estratta la testa del primo-feto mediante forcipe, il tronco del medesimo potè esternarsi con un meccanismo di evoluzione, mentre il secondo feto veniva estratto mediante rivolgimento.

In casi meno fortunati, allorquando cioè l'accennata modalità di evoluzione spontanea o la versione artificiale furono o non possibili o non tentate, le difficoltà al parto, come lo dimostrano i fatti clinici, divennero veramente formidabili e la donna dovette essere liberata a prezzo di laboriose e più o meno fortunate operazioni embriotomiche, seppure come nel caso di A. Kulm (2) non venne a soccombere avanti la ultimazione del parto. In parecchi casi, in cui il primo dei gemelli aderenti presentavasi per l'estremo cefalico, si addivenne alla decapitazione del primo feto, indi alla versione cefalica o podalica sul secondo, decapitazione della cui incresciosa necessità troviamo esempio anche in casi relativamente recenti e posteriori alle statistiche di Hohl, di Playfair, di Veit; va ricordato tra questi il caso di Milner Moore, in cui trattavasi però di un dicefalo dibrachio, ed eransi dimostrati infruttuosi i tentativi di forcipe sulla testa, che prima si presentava (3) — e così pure quello di James K. King (4), nel quale, dopo inefficaci applicazioni di forcipe traente nell'asse, si ricorse infine alla decapitazione della testa che si presentava, indi alla versione podalica, colla quale, abbassati ed estratti i quattro piedi del mostro, si disimpegnarono le braccia del corpo decapitato, poi quelle del secondo feto, da ultimo uscendo la testa del medesimo: la madre morì di colasso tre ore dopo il parto!

In altri casi si ricorse alla detroncazione del primo feto, praticata il più delle volte in modo parziale, amputando cioè mediante incisione

---

(1) In: « Müller's Handbuch der Geburtshülfe. » Bd. II. Hft. II, p. 692.

(2) I. A. Kulm. « Descriptio Anatomica-physiologica fœtus monstruosi » 1724.

(3) Milner Moore. « The Lancet. » Giugno 1882. Vol. I, p. 986.

(4) James K. King. *Edimb. med. Iournal.* Agosto 1887, e *Centralblatt f. Gyn.* 1888. N. 21, p. 351.

circolare quella parte del tronco del primo feto, ch'era già stata espulsa od estratta dai genitali materni. Un caso di tal genere occorse, ad esempio al Valtorta; trattavasi di una giovane quartipara, tradotta alla Clinica di Venezia dopochè da medici e levatrici erano stati fatti a domicilio molteplici tentativi manuali e strumentali, di estrazione sulla testa e sulla parte alta del tronco di un mostro toraco-gastropago. Il Valtorta stante l'impedimento causato dall'uscita del mostro dall'essersi il secondo corpo adagiato in situazione trasversa sullo stretto superiore, dovette recidere quanta parte del tronco del primo feto stava fuori, e fu solo dopo tale intervento che potè, mediante successiva versione podalica, ultimare l'estrazione del mostro. La madre morì il giorno successivo al parto, presentando tra altro all'autopsia una lacerazione cervico-uterina di quattro centim. di lunghezza (1).

Aggiungiamo qui infine per incidenza come di tali detroncazioni siasi presentata necessità anche in casi, nei quali in modo spontaneo od artificiale anche il secondo dei gemelli aderenti tendeva già ad impegnarsi coll'estremo podalico, nè faceva quindi più ostacolo per eventuale sua situazione trasversa: così dicasi del caso di Huron (2), di cui cenno anche nella statistica di Playfair, nonchè di un caso avvenuto al chiarissimo Prof. Pantaleo di Palermo, il quale per la grave distocia causata in un mostro doppio non solo dall'abnorme saldatura toraco-addominale, ma anche da coesistente idrocefalia di una delle teste fetali, presentandosi i due corpi per i piedi, essendo anzi già fuoruscito in parte il tronco del primo dei medesimi, dovette recidere questo a livello delle vertebre lombari, indi staccare il braccio destro, e, creatosi per tal guisa un po' di spazio pel passaggio della mano, ultimare il parto estraendo manualmente il secondo feto, poi la restante parte del primo (3).

Nè tali difficoltà, massime allora che il secondo feto sia adagiato, come nel caso mio e del Valtorta, in situazione trasversa, possono farci sorpresa, quando si ricordi come anche nel parto di gemelli non aderenti

---

(1) Valtorta. « Parto con feto mostruoso. » In Giorn. Veneto, *Scienze Mediche*, 1875, XXIII.

(2) Huron. « Archives Générales de Médecine 1847, » série IV, t. XIV, p. 72. In Playfair. Obstetric. Transact. Vol. VIII, p. 311.

(3) Piazza Mario. « Rendiconto della Clinica Ostetrica della R. Università di Palermo. » Palermo 1874, p. 76.

possa aversi grave distocia per il fatto che l'uno dei feti venga in parte espulso in situazione longitudinale, mentre il secondo si presenta per il piano laterale (casi di Jacquemier (1), di Baudelocque (2), di Dunal (3), raccolti nella nota tesi di Besson sulla distocia speciale nei parti multipli). In simili frangenti come scrive anche il Chiar. Prof. Morisani nel suo *Manuale di Ostetricia* (4) « non si può operare diversamente che sacrificando uno dei feti. Nel primo caso (presentazione podalica del primo) si opera la decollazione del feto fuoruscito per estrarre l' altro col rivolgimento: nel secondo caso (presentazione cefalica del primo) *si cerca* di schiacciare e decollare la testa impegnata nella escavazione per estrarre i due corpi con una doppia versione. »

Ad ovviare a queste rilevanti difficoltà, a minorare per la madre il pericolo di un parto distocico per mostro doppio in tutti quei casi, in cui entrambi i gemelli aderenti non si presentino primitivamente per l' estremo podalico, la versione, purchè praticata in tempo opportuno, avanti cioè l' impegno troppo profondo di altre regioni del feto, viene giustamente considerata dalla maggioranza degli autori come lo spediente più favorevole; è un precetto ostetrico, che ha avuto un largo suffragio nell'esperienza clinica, come si riconosce dagli scritti di Peu (5), di Dernen (6), di Taljer (7), di Kilian (8), di C. Braun (9), di Tarnier (10), di Playfair (11), di Liebmann (12), di Meigs (13), di Veit (14), di Corradi (15) e di parecchi altri. I casi citati di Houron e di Pantaleo, nei quali, a

---

(1) Jacquemier. « Traité d'Obstetrique. » T. II, p. 131.

(2) Baudelocque. « L'art des Accouchements. » IV ediz., t. II, p. 531 e p. 534.

(3) Dunal. « Revue thérapeutique du Midi. » 1858, p. 197.

(4) Morisani. « Manuale di Ostetricia, » II ediz. redatta per cura del Dott. Vivenzio. Napoli 1889, pag. 401.

(5) Peu. « Pratique des Accouch. » I. II, p. 435.

(6) Dernen. *Mediz. Zeit. in Preussen.* » 1837. N. 30.

(7) Taljer. *Nederl. Lanc.* Luglio 1849.

(8) Kilian. « Geburtslehre. » T. II, p. 435.

(9) C. Braun. « Trattato di Ostetricia. » Trad. Lepidi e Filippone. Napoli 1869. Vol. II, p. 307.

(10) Tarnier. « Des cas dans lesquels l'extraction du foetus est nécessaire. » Paris 1860, p. 174-178.

(11) Playfair. « Obstetric. Transact. » Vol. VIII, p. 310.

(12) Liebmann. « Di un caso di ischiopagia. » *Morgagni,* 1874. Vol. XVI, p. 276.

(13) Meigs. *Americ. Iournal.* Luglio 1855.

(14) Veit. Op. cit.

(15) Corradi. « Dell'Ostetricia in Italia, ecc. » 1874, p. 869.

feti già in parte esternati per l'estremo podalico, si dovette far capo ad una operazione embriotomica, vanno certamente considerati come eccezionali.

Senonchè alla esecuzione della versione sul secondo o su entrambi i feti a norma dei casi, si esige una diagnosi fatta in tempo sia dell'esistente gravidanza composta, sia della situazione dei feti nell'utero, sia della loro abnorme riunione. Ed è appunto la difficoltà, talora l'impossibilità di tale complesso giudizio, che fanno perdere un tempo prezioso e rendono più tardi necessario un intervento meno facile per l'operatore, meno sicuro per la salvezza della madre.

A proposito però di questa difficoltà del problema diagnostico, a me sembrano alquanto esagerate, o per lo meno troppo generiche, le affermazioni di quanti ritengono eccessivamente difficile la diagnosi di mostro doppio durante il parto, e perciò quasi inapplicabili i precetti sul governo del medesimo in tale genere di distocia. Veggasi, ad esempio, la conclusione a cui giunge lo Charpentier nel suo pregevole Trattato, là dove, riassunti i lavori di Playfair e di Veit, così scrive: « Tous ces préceptes donnés par Veit et Playfair, sont peut-être au point de vue théorique, ceux qui conviennent le mieux à chaque cas pris isolément; mais, il faut bien le dire, ils sont sinon inapplicables, du moins d'une application très difficile en pratique, car il manque l'élément essentiel de l'intervention, le diagnostic: et si dans quelques cas exceptionnels, ce diagnostic a pu être porté avant l'accouchement, dans l'immense majorité de cas, ce n'est qu'après la naissance du monstre, que l'accoucheur s'est rendu compte des causes et des raisons des difficultés de l'accouchement. Or, ces difficultés sont impossibles à préciser d'avance, comme le montrent les observations.... (1). »

Io credo che, almeno per quanto riguarda i mostri saldati per la regione toraco-addominale, si possano distinguere sotto il riguardo della difficoltà diagnostica, tre casi principali:

1.° La diagnosi in soprapparto è relativamente facile, allorquando, come nel fatto da me osservato, l'uno dei feti si presenti per l'ovoide podalico, sia anzi fuoruscito dai genitali con buona parte del tronco, mentre l'altro feto trovisi adagiato in situazione trasversa all'ingresso

---

(1) CHARPENTIER. « Traité pratique des accouchements. » Paris 1883. Tomo II, p. 496.

del bacino. Allora la mano nostra nel procedere al disimpegno delle braccia fetali, meglio ancora nel tentare la manovra Smellie-Veit per l'estrazione della testa fetale, non può non avvertire l'esistenza di un abnorme e più o meno grosso ponte di tessuto, stirato verso l'alto e che dalla regione sterno-addominale del primo feto ci guida direttamente al corpo del secondo. Quando, come nel mio caso, il tratto di riunione sia relativamente breve e molto grosso e largo, di una consistenza piuttosto soda per la presenza nella sua compage del tessuto epatico, potrà sulle prime la diagnosi essere alquanto incerta sulla varietà del mostro; si dovrà, in altri termini, decidere colla profonda introduzione della mano, colla attenta esplorazione di quanto rimane del mostro nella cavità uterina, se si tratti di una semplice e più o meno estesa bifidità cefalo-toracica (come nelle diverse modalità del dicefalo), od invece di una completa distinzione dei due feti, solo aderenti, come nel toracopago e nello xifopago, a livello della regione anteriore del tronco.

2.° Alquanto più difficile per la diagnosi sarà il caso, in cui entrambi i feti, più o meno discesi attraverso al canale del parto, si presentino simultaneamente per l'estremo podalico: l'ingombro maggiore dello spazio pelvico per opera di entrambi, quale non si ha nel caso antecedente, la maggiore altezza ed anche per il forzato contatto dei due corpi la minore accessibilità del tratto di riunione, potranno esser causa che più raramente possa la nostra mano, coll'insinuarsi nella intercapedine tra i due feti, ottenerci l'esatto rilievo della speciale entità della distocia. Non mancano però osservazioni, come quelle di Brie (1), di Marchand e Boulland (2), di Bruch (3), nelle quali tale giudizio fu possibile ed abbastanza sicuro per guidare l'ostetrico nelle sue manovre di intervento.

3.° Il caso più arduo, sulle cui difficoltà diagnostiche volle giustamente richiamare l'attenzione anche l'Herrgott (4), si verifica allorquando il primo feto sia disceso nell'escavazione pelvica coll'estremo

---

(1) Brie. *Bulletins de la Faculté de Médecine.* Vol. IV.

(2) Marchand et Boulland. « Monstre sternopage. » *Archiv. de tocologie.* Novembre 1882, p. 641.

(3) Bruch. In: *Frauenarzt.* Ottobre 1888, p. 553.

(4) Herrgott. « De l'accouchement dans les cas de fœtus thoracopages. » *Annales de gynécol.* Décembre 1886, p. 434.

suo cefalico, qualunque sia del resto, longitudinale oppure trasversa, la situazione del secondo feto. Sgraziatamente, come risulta anche dalle ricerche di Frankel (1), nei toraco, sterno e xifopaghi sarebbe appunto la presentazione del vertice quella che con maggiore frequenza si osserverebbe pel primo di due feti aderenti. In simili casi, a vertice già pescante nello scavo pelvico, l'esplorazione digitale, e la stessa esplorazione manuale, ben raramente potranno farci raggiungere la zona di saldatura dei due feti; la diagnosi dell'abnorme aderenza non può rendersi facile se non allora che, come nel recente ed eccezionale caso di James Wands (2) si riesca col forcipe ad esternare la testa e la parte alta del tronco del primo feto, sgombrando così il bacino di una parte voluminosa e poco riducibile e permettendo alla mano di riscontrare la esistenza di una preternaturale adesione col gemello soprastante.

In caso diverso le difficoltà diagnostiche non possono essere, ripeto, che molto rilevanti: ed infatti le osservazioni cliniche, anche relativamente recenti, ci dimostrano quanto incerta sia in simili frangenti la condotta dell' operatore e quanto scoordinato sia soventi volte il suo programma di intervento. Così nello stesso caso, che forma tema dell'accennata pubblicazione di Herrgott, ed in cui il riscontro vaginale per colpa dell' « *enclavement du fœtus,* » riesciva « *absolument impraticable* » (3), l'operatore, dopochè sulla testa e su un braccio fetale erano state già fatte trazioni insistenti per parte della levatrice, non riescì a far di meglio che abbassare con estrema difficoltà anche l'altro braccio, poi rinnovare alla cieca trazioni su trazioni, prima manualmente poi colla applicazione di uncini sul tronco del primo feto; l' estrazione del mostro potè finalmente riescire a prezzo di una lacerazione perineale, ed in grazia del forzato ripiegarsi sul tronco del primo feto della testa del secondo, la quale impingendo contro il circuito pelvico rappresentava prima l'ostacolo maggiore alla estrazione del mostro.

Data pertanto, nel terzo dei casi da noi considerati, la presentazione cefalica del primo feto, siccome all'iniziarsi del periodo espulsivo nessun

---

(1) Frankel. « Uber den Mechanismes, die Diagnose u. die Leitung der Geburt bei Thorakopagen. » *Bresl. ärztl. Zeitschrift,* 1884, N. 1.

(2) James Wands. *Brit. Med. Journal,* 11 giugno 1887.

(3) Herrgott. Op. cit., pag. 424.

sintomo sicuro può in un parto bigemino tradirci l'esistenza di una mostruosità per unione abnorme, non potrà certamente soccorrerci alla mente il consiglio, su cui insiste il Playfair, di istituire sotto la cloronarcosi un esame completo, e, riconosciuta l'anomalia, prevenire colla versione podalica su ambo i feti, maggiori e più pericolose difficoltà di intervento.

Anche l'abbondanza anormale di acque amniotiche, se esiste con discreta frequenza in casi di feto mostruoso per idropisia delle cavità cerebro-spinali, se ha quindi in simili contingenze un certo valore diagnostico, come venne in particolar modo segnalato dal Prof. Calderini (1), raramente invece si accompagna a caso di mostro doppio, nè può avere, ove anche esista, una notevole importanza per essere il polidramnios non del tutto infrequente anche in casi di gravidanza composta con gemelli non aderenti. Così nella citata statistica di Corradi l'idramnios in casi di mostro doppio non figurerebbe se non nell'esigua proporzione del 5 0[0. In un'altra collezione di casi raccolti dal P. Bar per lo studio dei rapporti tra idramnios e mostruosità (2), si trova come su 500 casi di idramnios, nessuno s'accompagni a mostro doppio, mentre nel 10 0[0 degli stessi la idropisia dell'amnios coincide con gravidanza semplicemente composta, senza saldatura abnorme dei feti.

Il criterio diagnostico migliore tra quelli semplicemente razionali, criterio che però non viene in scena se non a parto già inoltrato, risulta dalle difficoltà stesse, che si presentano nella espulsione o negli sforzi di estrazione del primo feto. Dato il caso che la donna sia pluripara (ed i parti di mostri doppî si presenterebbero appunto secondo Veit con una frequenza quattro volte maggiore nelle pluripare che nelle primipare), data la presentazione del vertice pel primo feto, ammesso quindi il caso, in cui le difficoltà diagnostiche sieno maggiori, dato l'impegno della parte presentata nello scavo, ed esclusa con ciò come causa di distocia una eventuale sproporzione tra testa e bacino per non conosciuto vizio pelvico, per idrocefalia, per tumori, il clinico che a *priori* sa valu-

---

(1) Calderini. « Contributo alla diagnosi delle mostruosità del feto ed alla eziologia dell'Idramnios. » *Annali di Ostetricia, Ginecologia,* ecc. Vol. IV, 1882.

(2) P. Bar. « Dans l'hydramnios faut il songer à l'existence probable d'un monstre ? » *Archives de Tocologie.* Settembre 1882, p. 528.

tare, in via di molta approssimazione, il quantitativo di forza che deve svolgere per l' estrazione col forcipe di un feto a norma dei rapporti diametrici e volumetrici tra testa e bacino, a norma della resistenza dell'orificio uterino, a norma della avvenuta o mancata rotazione interna e delle altre congeneri condizioni, potrà certamente essere guidato alla diagnosi di mostro doppio ogni qualvolta lo sforzo di estrazione appaja di gran lunga superiore a quello, ch' è inerente alla accennata somma di condizioni collaterali.

La relativa frequenza dei mostri saldati per la regione toraco-addominale potrà far pendere la bilancia nell' affermare di preferenza una tale anomalia in confronto di altre. E tale giudizio sarà tanto più attendibile allorquando fosse stato possibile colla palpazione, avvertire la presenza nell'utero di due feti a completo e pressochè uguale sviluppo, allorquando anche il secondo feto, come il primo, si presentasse per l'estremo cefalico, oppure (caso eccezionale) fosse situato trasversalmente. Altri criteri, comuni però a tutti i mostri doppî, potrebbero indirettamente risultarci dalle notizie anamnestiche sopra fatti di ereditarietà; come pure dal non avere riscontrato che un'unica borsa amniotica, così da potersi sospettare che unica pure sia la cavità ovulare. E quando si fosse riesciti più o meno forzatamente ad estrarre dai genitali materni la parte presentata, potrebbe aver valore, secondo Fränkel, l' assenza della rotazione esterna, o la tendenza della parte già fuoruscita a rientrare nella vagina.

A dir vero, anche la brevità assoluta o relativa del cordone ombellicale, i tumori e le idropisie del tronco fetale, la sovra distensione dell'urocisti per ritenzione d'urina ed il semplice attrito tra due gemelli non aderenti potrebbero in parte riprodurre l'accennata serie di segni: nè pur troppo in simili contingenze ci sarà sempre possibile lo stabilire anche coll'esame manuale una sicura diagnosi differenziale.

Quando per l'impegno della presentazione del primo feto o per altre condizioni, fosse controindicata la versione, quando il forcipe non bastasse alla bisogna, dovendosi far capo ad una operazione embriotomica, parmi che meglio che alla perforazione ed alla cefalotrizia, che lascerebbero tuttora ingombra la escavazione pelvica di una testa fetale, per quanto ridotta, nè toglierebbero essenzialmente la causa vera della distocia data dal secondo feto, sarebbe a preferirsi la decapitazione del primo feto, come mezzo preparatorio alla esecuzione del rivolgimento

sulla restante parte del mostro, sul tronco cioè del primo e sull'intero corpo del secondo feto.

Senonchè i comuni rachiotomi ben difficilmente potrebbero venire applicati, nel mentre con forbici ricurve e con bistorì non sarebbe possibile un lavoro innocuo di decapitazione, se non a testa, completamente o quasi, esternata dai genitali. Relativamente facile e spedita dovrebbe invece riescire tale operazione, anche a testa interamente contenuta in vagina mediante un decollatore, che da qualche tempo forma argomento di mie ricerche, le quali avranno, spero, buon esito anche nel campo clinico, come finora si dimostrarono incoraggianti in quello sperimentale.

Volendo ora, dopo questa non breve digressione, ritornare allo studio del caso clinico a me occorso, debbo anche richiamare qui l'attenzione sopra il fatto che il mostro offriva uno sviluppo di poco inferiore alla somma di due feti perfettamente maturi. Il Playfair ha voluto contestare l'ammessa frequenza di parti prematuri, avendo egli nella sua statistica trovato sopra 31 casi uno solo, in cui il parto fosse avvenuto ad epoca anticipata (1). Ora, nel campo dei fatti troviamo che in contrapposto alla statistica dell'ostetrico inglese stanno quelle assai più ricche di Hohl (2) e di Corradi (3), nelle quali la proporzione dei parti immaturi, anzichè del 3.2 per 0/0 figura pel 25 per 0/0 in quella di Hohl, pel 30 per 0/0 in quella di Corradi. In via poi d'induzione, non si può comprendere perchè non abbia a verificarsi in casi di mostro doppio e specialmente quando la duplicità sia molto rilevante, quello stesso fatto, che viene comunemente ammesso per le gravidanze composte, a gemelli non aderenti, la tendenza cioè alla spontanea loro interruzione ad epoca prematura o precoce, e lo sviluppo dei feti un po' inferiore a quello corrispondente alla presunta epoca di gravidanza. Del resto l'asserzione del Playfair, come basata su un numero troppo scarso di osservazioni, non ha trovato fin qui molto credito. Mi basti, a titolo di prova, ricordare quanto scrissero in seguito su tale quistione lo Schroeder, e fra gli ostetrici italiani, il Morisani. — « La gravidanza, » così si legge nel

---

(1) Playfair. Op. cit., p. 302.

(2) Hohl. Op. cit., p. 60.

(3) Corradi. Op. cit., p. 368.

classico manuale di ostetricia dello Schroeder, non va a termine — « e, se vi arriva, spesso i feti, come del resto ha luogo per i gemelli ordinari, sono poco sviluppati » (1). — Il prof. Morisani poi con maggiori particolarità sul parto dei gemelli aderenti, così scrive: « Possono apportare talvolta un grandissimo ostacolo al parto, ma ordinariamente sia perchè prematuri, sia perchè morti nella gravidanza o nel parto, divengono così flessibili e compressibili da traversare il bacino in tutte le posizioni ed il parto terminarsi spontaneamente senza molta difficoltà » (2).

Le considerazioni, che sotto il punto di vista ostetrico ci vennero suggerite dall'osservato caso di mostro doppio, possono, a titolo di conclusione, essere così riassunte:

Se è vero in tesi generale che il parto dei mostri doppî incontra minori difficoltà di quanto teoricamente si dovrebbe ammettere in base all'abnorme adesione dei due feti, nel mio caso speciale la distocia trovava sua ragione *nell'assenza stessa di quelle condizioni, che si ritengono favorevoli in simili contingenze allo spontaneo e regolare compimento del parto.*

— La gravidanza infatti, come non frequentemente si osserva in questo genere di casi, aveva toccato il giusto suo termine, ed il mostro offriva perciò misure veramente notevoli.

— La fusione dei due feti era così poco intima da aversi, almeno nella configurazione esteriore, una duplicità quasi completa, e con ciò le difficoltà per il parto, inerenti alla uscita di due corpi fetali completi nello sviluppo ed insieme congiunti.

— D'altra parte quella reciproca spostabilità dei due corpi, che talora compensa favorevolmente la poca estesa fusione e la rilevante

---

(1) SCHROEDER. « Manuale di Ostetricia. » Traduz. Rocca con prefazione ed aggiunte del professor cav. Domenico Tibone. Milano 1883, p. 612.

(2) MORISANI. Op. cit., p. 401.

duplicità dei medesimi, non aveva esercitato nel parto alcuna vantaggiosa influenza: aveva anzi permesso al secondo dei feti di adagiarsi in situazione trasversa all'ingresso del bacino, ingenerando con ciò le difficoltà più notevoli allo spontaneo compimento del parto.

— S'ebbero inoltre, come circostanze aggravanti per la prognosi e la terapia, la precedenza di maneggi operativi, lo sbarramento di un braccio fetale, un legger grado di tetania uterina.

— A compenso di circostanze tanto sfavorevoli, si presentarono condizioni, le quali resero relativamente facile in soprapparto la diagnosi di mostro xifopago, e permisero nella Clinica sotto la guida diagnostica di adottare per l'intervento un razionale programma operativo; furono evitati in tal guisa alla donna ulteriori e più o meno gravi traumatismi, creandosi condizioni propizie all'andamento regolare del puerperio.

Dott. F. VILLA

Sull'eziologia dell'allungamento ipertrofico della porzione vaginale del collo uterino.

(Comparto Ginecologico diretto dal Prof. L. Mangiagalli — Milano).

L'ipertrofia della porzione vaginale del collo, già constatata in alcuni casi, ma più spesso erroneamente interpretata, venne nella scienza riconosciuta come speciale entità morbosa, massime per opera di Huguier (1). Questi osservò pure come corresse differenza notevole a seconda che si tratti di nullipara o di donna che ha partorito ed indagandone l'eziologia scrisse che, « o l'affezione cresce lentamente, ed è a considerarsi come un'anomalia di conformazione per eccesso di nutrizione, o si sviluppa più prontamente e cioè in qualche mese per metrite o parto lento e difficile, ed allora dipende da un'irritazione o da una congestione che hanno alterato il movimento nutritizio. »

Bennet (2) ha constatato in parecchie donne non maritate un allungamento più o meno notevole del collo senza alcuna specie di causa infiammatoria e Scanzoni (3), classificando le ipertrofie della cervice uterina, distinse una forma conica ed una cilindrica entrambe proprie delle nullipare.

Simpson dedicò uno speciale capitolo della sua opera (4) agli allungamenti del collo: ritenne che la forma affilata, conica del collo, quale si incontra nelle donne sterili, sia un grado minore dell'ipertrofia longitu-

(1) Huguier. « Sur les allongements hypertrophiques du col uterin. »
(2) Bennet. « Des ulcérations et des engorgements du col uterin. » Thèse de Paris, 1843.
(3) Scanzoni. « De la métrite chronique. » 1866.
(4) Simpson. « Clinique ostetricale et gynécologique. » 1874.

dinale della portio, e come Ollivier e Lisfranc, ebbe ripetutamente a verificare la connessione di tale allungamento colla sterilità, e però sembra volesse ritenere quella malattia come speciale alle nullipare.

Secondo Barnes (1) il maggior numero dei casi si verifica nelle donne che hanno partorito, ma nelle nullipare l'allungamento che egli ritiene un difetto congenito, assume forma differente e cioè la conica: tali casi sarebbero punto numerosi, ma di frequente accompagnati dalla *brevità della vagina.* De Sinety (2) dice che l'ipertrofia longitudinale della cervice uterina ha per caratteri la sua regolarità, la uguale consistenza della parte poco ispessita e di forma conica, e l'aspetto normale della mucosa e dei tessuti profondi; crede che i casi nei quali venne descritto un divaricamento delle labbra del muso di tinca, devono essere più giustamente considerati quali ipertrofie dovute alla gravidanza e che molti ginecologi attribuendo a questa grande valore come momento eziologico abbiano confuso due affezioni distinte e d'origine diversa, mentre, « ignote sono le cause di questa forma che si osserva nelle nullipare e nelle vergini e tutti gli autori ne ammettono una forma congenita. »

Per Schroeder (3) il parto non esercita alcuna influenza sulla produzione di questa malattia da che i casi tipici si osservino precisamente nelle nullipare ed il parto ed il puerperio determinino invece un' ipertrofia uniforme del segmento vaginale del collo con sviluppo irregolare sotto forma di tuberosità, notando che, nelle donne che hanno partorito, l'ipertrofia colpisce più spesso una sola delle labbra e che questo cangiamento di forma coesiste sovente con profonde lacerazioni del collo.

Stratz (4) pure, sostiene che il processo in questione è proprio delle nullipare e su questo stesso punto l' Hart ed il Barbour (5) scrivono: « ciò che vi ha di peculiare in questo stato è che la cervice è normale in tutto eccetto che nella lunghezza: la causa dell'allungamento è sconosciuta, ma siccome si verifica nelle vergini così è probabile che sia congenito mentre che, si devono distinguere dall'ipertrofia longitudinale

---

(1) Barnes. « Traité de ginécologie. »

(2) De Sinety. « Traité de ginécologie et Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. » T. 99, pag. 13.

(3) Schroeder. « Maladies des organes génitaux de la femme. »

(4) « Zeitschrift fur Geburtshülfe und Gynëcologie. » Band. XII, Heft II, 1886.

(5) Hart e Barbour. « Trattato di ginecologia. » 1887.

gli ingrossamenti del collo consecutivi al parto. » L'Emmet (1) nega l'esistenza di questa malattia, e l'Hegar ed il Kaltenbach, il Martin, e l'Hofmeyer non accennano che all'intervento chirurgico indicato quale cura.

Oggigiorno l'opinione più accreditata ritiene quindi essere la forma ipertrofica in discorso propria alle vergini ed alle nullipare, e quantunque siasi osservata anche in donne che erano madri, pure parmi si debba ritenere che l'allungamento ipertrofico possa non solo preesistere alla gravidanza *ma conservarsi poco o punto modificato anche dopo il parto.*

L'Huguier nella sua monografia porta undici casi fra i quali, quelli indicati rispettivamente N. 2, 3, 7, 8, 10, 11 appartenevano a nullipare; il caso N. 9 pare possa classificarsi meglio nel capitolo delle metriti; le osservazioni N. 1, 5, 6 si riferiscono a donne le quali indubbiamente erano affette dall'ipertrofia prima della gravidanza ed a questa conclusione si arriverebbe considerando i dati anamnestici relativi ai disturbi della menstruazione ed alle sofferenze preesistenti allo stato gravidico, la lunga durata del travaglio, e l'essere apparsi quasi tosto dopo il parto i sintomi della malattia, onde resterebbe solo a classificare il caso N. 4 di allungamento della portio e del labbro anteriore, e nel quale la lunghezza e la difficoltà del travaglio del parto pregresso potrebbero far sospettare che l'ipertrofia del collo fosse la causa della distocia.

Dupuy (2) in una memoria incompleta su questo argomento, confuse evidentemente forme diverse come sarebbero a dire, la metrite, la degenerazione cistica, l'ipertrofia della porzione media del collo. Fra i casi citati mi sembrano appartenere alla vera ipertrofia in parola, solo quelli segnati colle cifre IV, V, X e forse anche quello riportato per il terzo. Il IV riguarda donna che dall'epoca del matrimonio soffrì costantemente d'utero, riuscendole altresì dolorosissimi i rapporti sessuali. Partoriva per altro due volte ed all'età di 42 anni presentava « collo uterino lungo 7 cent. che esce dalla vulva per 2-3 cent. e che è piuttosto piccolo e conico con estremo arrotondato ma coi caratteri della maternità, e *vagina lunga 4-5 cent. nella parete posteriore.* »

---

(1) Emmet. « La pratique des maladies des femmes. » 1886.

(2) Dupuy. *Archives de tocologie.* 1875-76-77.

Nel V si parla di giovane nullipara con *vagina breve* e collo perfettamente regolare.

Il X caso è di un notevole allungamento di cervice cilindrica: le sofferenze sarebbero insorte all'epoca dell'unico parto avvenuto qualche anno prima e che fu assai laborioso, e durante il quale si disse alla donna che l'utero le fuorusciva dai genitali. La estesissima lacerazione laterale che il collo offriva in tutta la sua lunghezza starebbe almeno a provare che l' allungamento ipertrofico preesisteva al momento del travaglio.

Pèan (1) porta tre osservazioni sotto il nome di allungamento del collo in pluripara, ma è solo per il caso sotto il N. MCCXXIX che accetterei tale diagnosi, essendo gli altri da registrarsi piuttosto fra le metriti: la donna II para presentava descensus d' utero e collo lungo, sottile, essendo il corpo di volume normale e misurando la cavità del viscere 11 cent., tale stato di cose si presentava subito dopo il primo parto.

All'idea che l'ipertrofia possa preesistere alla gravidanza si possono fare alcune obbiezioni e cioè; 1° l'ipertrofia longitudinale è di grande ostacolo al concepimento; 2° qualora si verifichi un parto la forma del collo sarà alterata: alla prima rispondono il Fritsch ed il De Sinety che l'ostacolo è molto minore di quello che comunemente si crede avendo osservato che alcune donne diventarono gravide malgrado l' avvertita ed accentuatissima condizione ipertrofica della portio; ed invero il collo allungato non sempre ha la peculiare forma conica ad estremo aguzzo ed orificio puntiforme, condizioni queste che non riescono per altro ad escludere ma bensì solo a scemare di molto la possibilità di gravidanza: e che poi la cervice possa conservare una forma perfettamente identica a quella che è caratteristica della nulliparità ad onta del traumatismo del parto è cosa, che se non accade di incontrare con frequenza, certo è però indiscutibile.

---

(1) Pèan. « Traité de chirurgie. » T. V.

Non ricordo d' aver trovato descritti di tali casi, e neppure in parecchi dei più conosciuti ed apprezzati manuali di medicina legale mi venne dato di riscontrare un accenno a tale fatto che pur dovrebbe sotto questo punto di vista riuscire importante, mentre poi fra i principii fondamentali dell' esame ginecologico sta il differenziare il collo uterino di una nullipara o di una vergine, da quella di donna che ha partorito: « sia stato il parto pur anche abortivo, ma il ginecologo riconoscerà nullameno con grande frequenza che la donna fu gravida. » Riservandomi di ritornare su questo argomento, rife-

Quando si sviluppa l'ipertrofia longitudinale? nessuno dice d'averla osservata nelle impuberi, ma la mancanza d'osservazioni potrebbe riferirsi alla rarità colla quale si pratica l'esame dei genitali in tale periodo di vita; tuttavia se si può ritenere essere l'ipertrofia esistita anche prima della pubertà, e colla mancanza dei relativi disturbi, per non avere l'utero raggiunto ancora il suo sviluppo e quindi la sua attività funzionale, non essendo punto necessario che l'estremo del collo si presenti alla vulva per stabilire la diagnosi della malattia in discorso, certo è che altrimenti che colla forma congenita si debbono spiegare i casi in cui il collo esce di qualche centimetro dai genitali dopochè la donna è mestruata, e quelli in cui l'affezione si palesa tardi e perfino in vicinanza alla menopausa.

La mestruazione, il coito, il nisus coeundi, l'onanismo, ecc. vennero in varii tempi invocati a spiegare il processo di ipernutrizione, ma attualmente non si dà peso alcuno a tali circostanze ed è aperto il campo a nuove ipotesi. Gli autori recenti non ne dànno spiegazione alcuna, ma solo Fritsch parlando in genere delle ipertrofie del collo e rifiutandosi a credere che lo stiramento ne possa essere la causa, esprime il convincimento che questa possa risiedere nella stasi a cui vuolsi porre seria attenzione (1).

Frequenti volte si osserva che il processo d'ipertrofia longitudinale ha colpito una delle labbra del collo e cioè nella antiflessione il labbro anteriore, e nella retroversione quello posteriore si presentano allungati e talvolta un poco edematosi. La spiegazione di questa ipertrofia la si mette tutta in conto di un fatto meccanico, ed in vero secondo Fritsch « il labbro anteriore nella antiflessione può crescere

---

risco ora due osservazioni comprovanti la possibilità della *persistenza della forma verginale del collo in donne che hanno partorito.*

Caso I. — M. Maria d'anni 41 entra nel comparto ginecologico li 27. 1. 89 e narra d'aver partorito due volte a termine di gravidanza: da qualche tempo soffre di dolori sacrali ed ha leucorrea copiosa. Si riscontra che il collo uterino accenna alla forma conica, che il muso di tinca perfettamente liscio regolare è senza traccia di cicatrici e che l'orificio esterno è piccolo, quasi stenotico.

Caso II. — C. Barbara d'anni 31. N. 203 Registro dell'Ambulatorio ginecologico.

Mestruazioni sempre dolorose anche da ragazza, con parto a termine, naturale seguito da puerperio normale qualche anno fa. Presenta collo uterino con spiccata tendenza alla forma conica, regolarissimo di superficie, e con orificio rotondo, piccolo.

In entrambi i casi erano evidenti i caratteri di pluriparità dei genitali esterni.

(1) Billroth et Luecke. « Handbuch der Frauenkrankheiten. » Band I, pag.

nella direzione prescritta dal canal vaginale ed anzi spesso si ipertrofizza notevolmente dal lato ove la resistenza è minima e cioè nel lume della vagina. » (1). Ma vi ha di più un altro fatto, e cioè che in tale antiflessione il labbro anteriore del collo, trovasi nel centro del canale vaginale e cioè nel punto in cui la pressione è minima e per conseguenza esso labbro è la parte dell'utero sottoposta ad una pressione minore.

Credo che questa stessa eziologia si possa estendere all'ipertrofia longitudinale di tutta la portio, e cioè che *siffatta alterazione si verifichi allorchè tutto il collo si trovi in condizioni da essere sottoposto ad una pressione assai minore di quella che gravita sul resto del viscere,* oppure *allorchè nel corpo dell'utero esiste un aumento di tensione del circolo sanguigno ed il collo è soggetto ad una pressione anormalmente minore.* Molte sono le cause che apportano perturbazione alla irrigazione sanguigna dell'utero, come ad esempio, le flessioni, la metrite, i tumori ecc., ma tuttavia a questi fatti non può esclusivamente addebitarsi l'allungamento ipertrofico, inquantochè essendo essi comunissimi dovrebbe questo verificarsi con altrettanta frequenza, mentre al contrario non è accompagnato da tali complicazioni; onde è che pur ritenuta l'influenza delle cause che perturbano la circolazione del sangue, devesi cercare almeno un altro fattore del processo di ipernutrizione: e questo non consisterebbe per avventura in una peculiare posizione del collo uterino? e come il labbro anteriore che si ipertrofizza nell'antiflessione trovasi nel centro del canale vaginale, nell'*ipertrofia longitudinale il collo tutto non si troverebbe per caso primitivamente nell'asse di detto canale?*

Mi pare dovrebbe avvenire qualche cosa di consimile a quanto si osserva per la formazione del tumore di parto, cioè una *vis a tergo ed un locus minoris resistentiae* eccetto che in tale caso la *vis a tergo* è incomparabilmente più potente e l'effetto ne è altrettanto maggiore: « la bozza si forma, perchè quella parte di cranio sulla quale esso si trova, stette sotto una pressione minore che non il resto del corpo » (2).

Gli assi vaginale e cervicale convergono a costituire un angolo, normalmente aperto allo innanzi, sulla cui misura non si è d'accordo, poichè

---

(1) « Enciclopedia chirurgica Pitha e Billroth. » Vol. III. *Antiflessione.*

(2) SCHROEDER. « Manuale di Ostetricia. » 1883, pag. 169.

mentre Klob e Martin lo valutano 155°, Schultze (1) opina che, essendo la vescica ed il fondo dell' utero al loro posto, detto angolo sia nelle vergini assai minore, avvicinandosi all'angolo retto che può essere ritenuto come la media, ma che se la vagina è rigida e la porzione cervicale è lunga esso diventi più ottuso, e possa superare di una metà ed anche più detta dimensione. Ora in quali casi l'asse del collo coincide con quello della vagina?

A. L'angolo formato da questi assi è appena accennato in quegli stati in cui a corpo dell' utero ben sviluppato la forma e lo sviluppo del collo sono tuttavia allo stato infantile, e la vagina è corta, specie nella sua parete anteriore, ed appena si può dire che esista nello stato infantile dell'utero (Vedi Schultze, paragrafo 101).

La conicità del collo che è considerata come una forma atrofica si trova di regola in uteri antiflessi, donde la forma d'antiflessione puerile erroneamente detta congenita, nella quale si è d' accordo d' ammettere che l'asse cervicale coincide con quella della vagina. Ora siccome nella gran parte dei casi d' ipertrofia longitudinale del collo si riscontra un forte grado d'antiflessione, accade di domandare se questa coincidenza di conicità del collo e di flessione del corpo tanto in detta forma d'ipertrofia quanto nell' antiflessione puerile sia dovuta puramente al caso, o *se piuttosto l'utero antiflesso ed a collo conico non diventò l'utero a collo ipertrofico.* Certo è che la casualità non può essere invocata quando non si tratta di fatti isolati ma di una percentualità elevata; che se poi l'utero a cervice allungata lo troviamo talora retroverso o retroflesso non dobbiamo credere d'avere delle eccezioni, poichè è ovvio che in date condizioni l'utero può passare senza gravi difficoltà e talora anzi facilmente ad uno spostamento all'indietro.

B. Nei casi in cui la vagina è breve il collo deve trovarsi nell'asse vaginale perchè vagina, cervice uterina e pieghe del Douglas sono complessivamente appunto appena lunghe da estendersi dalla vulva all'altezza della seconda vertebra sacrale (2).

Ed infatti questa anomalia di conformazione della vagina è frequente compagna dell'allungamento della portio: Huguier e Dupuy ne citano

---

(1) Schultze. « Traité de déviations uterines. » 1884, p. 20 e p. 51.

(2) Schultze. Opera già citata.

casi ed il Barnes dice che non è raro trovare come circostanza aggravante una vagina breve; ed in due casi che io osservai, nell'uno esisteva una rilevante brevità del canale vaginale che anche nell'altro caso aveva lunghezza inferiore alla media.

C. Ma anche all'infuori della naturale conformazione e sviluppo dei genitali si trovano cause che apportano la coincidenza degli assi del collo e della vagina e così è per esempio dei processi di parametrite posteriore che cagionano retroversione con retroposizione dell'utero. Trattando di questa specie di deviazioni lo Schultze dice « ad utero così elevato la vagina deve essere stirata e raddrizzata, onde è che la matrice retroversa e rigida si trova nell'asse di quella. » (1).

E siccome per la retroversione l'utero è esposto a subire più attivamente la pressione addominale ne verrà una perturbazione di circolazione la quale si ripercoterà sulla cervice siccome il locus minoris resistentiae. Ed infatti negli otto casi di tale sorta di spostamento, riferiti da Schultze, sempre si ebbe ad osservare una considerevole lunghezza della porzione vaginale del collo.

La brevità della vagina è un fattore importante della retroversione e la sua rigidità è pure da tenersi in conto per l'eziologia di questa deviazione uterina (2), per cui credo che erroneamente la retroversione venne ritenuta un effetto del processo d'ipertrofia, pel quale il collo costretto a porsi nell'asse della vagina obbligò l'utero a collocarsi all'indietro, mentre invece lo spostamento uterino sarebbe causato da uno dei fattori dell'allungamento ipertrofico stesso.

Ritornando ai disturbi di circolazione nell'utero, parmi che non debbasi pensare a cause che agiscono in modo esclusivo o diretto sul viscere o che se influiscono sulla pressione endopelvica, sono evidentissime e per così dire quasi palpabili, ma piuttosto debbansi prendere in considerazione quei fattori, la cui azione è lenta, ma continua, di non grande conto e spesso occulta. Che se poi il processo in discorso non si verifica mai, o forse solo affatto eccezionalmente nella donna che ha partorito, credo che le ragioni stiano nella maggior cedevolezza delle pareti addominali, nella rilasciatezza della vagina, nella maggiore di-

---

(1) Schultze. Opera citata, pag. 267.

(2) Schroeder. « Maladies des organes génitaux de la femme. »

stensibilità dei legamenti dell'utero, il quale per avere assunta nel suo corpo una individuità più spiccata in confronto del collo, risente e risponde direttamente agli insulti arrecatigli.

Riferisco ora due casi da me osservati che parmi confermino il concetto eziologico sopra esposto:

F. Teresa, d'anni 41, servente, viene accolta nel comparto ginecologico (27. 1. 89) essendo sofferente per dolori lombari e senso di molesta occupazione ai genitali esterni. Per l'anamnestico risulta: mestruazione iniziata a 14 anni, ma sempre scarsa e dolorosa. Quattro anni or sono applicazione di cinto erniario a destra che l'anno successivo venne sostituito con apparecchio per ernia inguinale bilaterale; in quel tempo avrebbe sofferto per un paio di mesi di febbre e dolori ai lombi. Le molestie attuali ai pudendi datano da qualche mese e sono insorte lentamente. Ultima mestruazione li 28. 12. 88 — nulliparità. — Pel generale trovansi note cospicue di rachitismo nella statura bassa, nella conformazione del torace, nella grossezza dei capi articolari ecc., ed all'esame ginecologico si rileva quanto segue: imene integro, attraverso al cui anello dilatato fa capolino il muso di tinca; la vagina tesa e rigida misura centim. 6 1/2 nella parte anteriore e cent. 7 1/2 in quella posteriore, ed è occupata dal collo uterino di forma cilindroide, rammollato all' estremo e con orificio regolare: corpo dell' utero fisso in retroverso-flessione sinistra, essendo lieve lo spostamento verso sinistra e misurando la cavità uterina cent. 11 1/4.

La donna è bentosto mestruante per due giorni e di lì a poco viene sottoposta alla manovra di Schultze (narcosi cloroformica). Si libera l'utero dalle aderenze e lo si porta in antiflessione: è voluminoso quanto al fine del primo mese di gestazione, e pare dovrebbe essere mantenuto nella nuova posizione dalla forma del bacino, il quale è totalmente ristretto, piatto, rachitico, con promontorio acuto, tagliente e coniugata diagonale di 80 mm. Tre giorni dopo la donna esce dalla sala, conservandosi l'utero in antiflessione ed essendo l' estremo della cervice a qualche distanza dall' orificio imenale. Ma questo stato di cose durò solo qualche settimana, in capo alle quali l'utero scivolando sull'angolo sacro vertebrale, si pose da prima in retroversione mobile e di poi si fissò in retro latero versione destra di modo che il collo guardava quasi direttamente verso sinistra. La paziente veniva di nuovo ricoverata nella clinica ginecologica li 6. 10. 89 e coll'esame digito vaginale rilevavasi: collo di lunghezza poco superiore alla norma, corpo uterino del volume d' utero gravido al terzo mese. Sospettando oltre alla metrite, l'esistenza di nodi fibromatosi in via di sviluppo, il Prof. Mangiagalli procedette alla laparotomia: riscontrava infatti ed esportava due piccoli fibromi sottosierosi

esistenti sulla parte alta dell' utero, praticava l' ablazione delle ovaia manifestamente in preda a degenerazione cistica, ed infine attuava l'isteropexis alla Leopold.

Il decorso post operatorio lasciò nulla a desiderare, e quasi quattro mesi dopo l'intervento chirurgico si riscontrava che l'utero ridotto assai di volume si manteneva nella posizione in cui era stato fissato e che il collo aveva al più la lunghezza di un centimetro.

Escluso che il presentarsi del collo alla vulva, fosse da riferirsi ad un descensus della matrice, devesi considerare che le noie devolute all' ipertrofia della cervice insorsero in età assai avanzata relativamente alla vita sessuale, e dopochè già eransi presentati segni d' aumentata pressione endo-addominale e la donna portava l' apparecchio contentivo delle ernie. Inoltre la notevole diminuzione nella lunghezza del collo che segue al cangiamento di posizione ed alla pressione su di essa esercitata dalla parete vaginale contro cui appoggia, e la ulteriore riduzione a misura normale del collo stesso che tien dietro alla isteropexis, parmi siano fatti i quali provano nettamente l'influenza della stasi e della posizione peculiare già sopra invocata quali momenti eziologici.

G. Carolina, d' anni 26, contadina, entra nella sala ginecologica li 27. 1. 89. Nullipara, mestruata regolarmente fin dall' età di 10 anni, si assoggettò sempre a lavori faticosi. Da due mesi circa soffre nel camminare di un senso di molesto corpo straniero che protrude dai genitali e nello stare seduta prova un vero dolore al perineo. Si riscontra: imene la cui circonferenza è interrotta posteriormente e sulla quale appoggia l' estremità del collo uterino: la vagina è tesa, liscia, senza rughe, l'utero lievemente ingrossato (cent. 8 1/2) trovasi in retrolateroflessione sinistra ed è mobile, e nella sua porzione cervicale si presenta molle, di forma cilindro-conica, di volume e forme corrispondenti alla nulliparità; la parete vaginale anteriore misura cent. 4 1/2, e la posteriore cent. 5. — Posto il diagnostico di retroflessione uterina, brevità della vagina, allungamento ipertrofico della porzione vaginale del collo, viene praticata l' amputazione cruenta della cervice. Coalito perfetto e regolare, applicazione di pessario Hodge. — Tre mesi dopo constatai: utero mantenuto in posizione fisiologica dal pessario, perfettamente tollerato, e cervice di lunghezza quale erale rimasta dopo l'atto operativo.

Dall' esame delle succitate storie cliniche risulta come in ambo i casi esistessero le condizioni anatomiche e fisiche invocate come eziologiche e come anche all'infuori del collo uterino si riscontrassero traccie

del processo congestizio dal quale si ripetè l'ipernutrizione di esso. Abbiamo infatti nelle due osservazioni:

1.° nulliparità,
2.° brevità della vagina e rigidità della stessa,
3.° genere di vita faticoso,
4.° aumento di volume del corpo uterino,
5.° rammollimento dell'estremo della cervice,

e nella prima abbiamo inoltre:

a) rachitismo,
b) ernia inguinale doppia e da qualche anno uso continuo di cinto contentivo.

Intorno all'importanza della brevità della vagina non insisterò più a lungo, ma ripetendo che le due donne erano nullipare ed avevano pareti addominali tese e resistenti, ricorderò come le fatiche corporee siano causa di aumento della pressione sanguigna e di quella addominale, il che riesce affatto ovvio quando si volga il pensiero al fatto che le ernie sono quasi esclusivo retaggio delle classi lavoratrici. Nel caso citato per primo si aggiunsero altre cause; ed invero i due cuscinetti che continuamente compressero le pareti dell'addome, vennero a diminuirne la capacità od almeno l'espansibilità, donde una pressione maggiore pei visceri contenutivi, mentre la deformazione della pelvi concorse potentemente a questo stesso fine, poichè rese più angusto lo spazio assegnato ai visceri che fisiologicamente vi trovano sede. Il pavimento pelvico non cedevole in causa della nulliparità non lasciò neppure esso, ad imitazione delle pareti addominali, un po' di spazio, e non trovando quindi l'accresciuta tensione endo-addominale alcuna valvola che la moderasse, anche la pressione del circolo sanguigno pelvico venne ad essere aumentata. L'ostacolo alla circolazione dapprima si fece sentire sul collo come quello che era più libero dalle influenze della pressione endopelvica creando in esso un maggiore afflusso di sangue da cui ipernutrizione ed allungamento ipertrofico, ma poi non offrendo la cervice uno scarico sufficiente, la stasi si estese più in alto ed il corpo dell'utero venne messo nelle condizioni della metrite ipertrofica congestizia.

Quale è la costituzione istologica del collo allungato? Virchow crede che il tessuto muscolare costituisca l'elemento più importante, e che spesso esista una considerevole ricchezza di vasi arteriosi, mentre Klob pur ammettendo quest'ultimo punto ritiene che il processo d'ipertrofia in discorso debbasi definire quale una proliferazione del connettivo. Si è parlato di una forma d'ipertrofia molle, e si sono osservati colli lunghi, durissimi, più spesso conici, che secondo il mio modo di vedere si presenterebbero quale alterazioni della forma primitiva d'antiflessione uterino con cervice conica, ed io pure ho veduto uno di questi casi e lo ricordo ancora perchè la sclerosi del tessuto creò notevoli difficoltà alla amputazione col metodo Hegar. Si trattava di nullipara già attempata che ricorse all' opera del ginecologo per le molestie che le arrecava il collo uterino allungato in tale misura da far capolino alla vulva, di volume corrispondente allo stato di nulliparità e forma regolarmente conica ed estremo assai sottile quantunque tondeggiante: l'utero era antiflesso. L'osservazione è incompleta, mancandomi parecchi dati quali la lunghezza della vagina, il volume dell' utero, il genere di vita della donna, e per questa ragione non stimai di collocare questo caso a lato di quelli sopra esposti. A spiegazione della differente consistenza della portio ipertrofizzata è lecito il pensare che avvenga quì, quanto è ammesso per la metrite cronica, e cioè che si passi per diversi stadii? od invece vi è differenza nella costituzione anatomica in relazione colla tessitura che la cervice aveva nel singolo caso avanti che il processo avesse a svilupparsi? Parmi che le due ipotesi possono essere ritenute come possibili, tanto più che così si verrebbe a mettere in certo modo d'accordo od almeno a togliere l'evidente contraddizione fra i reperti di Virchow e Klob.

Non so dispensarmi dall'aggiungere infine qualche parola sulla cura di questa singolare malattia; e parrebbe che volendo tener conto della scomparsa dell' ipertrofia avveratasi nel caso esposto prima, per il solo fatto del cangiamento di posizione dell' utero, e non disconoscere fatti consimili, che più volte osservai, come ad esempio lo scomparire dell'allungamento ipertrofico della porzione media del collo consecutivamente alla colporafia anteriore, dovrei combattere assolutamente quell'intervento che avesse per iscopo di demolire la parte ipertrofica, e farmi al contrario sostenitore di quei mezzi i quali fossero capaci di cangiare la posizione dell' utero e quindi i rapporti esistenti fra gli assi, uterino,

cervicale e della vagina (1). Ma poichè, almeno per quanto io mi sappia, non si ebbe mai ad osservare la riproduzione dell'allungamento dopochè il collo venne amputato, e d'altra parte facile è il comprendere come per l'effetto di tale amputazione vengano ad essere alterati i rapporti fra gli assi predetti, io mi trovo invece costretto a ricercare quale sia il metodo di cura più efficace, più sicuro, e che richiede minor tempo per arrecare la guarigione. La verginità e la brevità della vagina, sono circostanze che ponno rendere difficile od anche impossibile l'attuare una cura meccanica diretta a cangiare la posizione dell'utero, e di più parmi non si possa credere che un collo fibroso, sclerotico, abbia a risentirne di una tale cura, mentre poi i metodi cruenti proposti per combattere gli spostamenti uterini, non sono scevri di pericoli anche gravi. Al contrario, l'amputazione del collo è un atto operativo non pericoloso, per quanto almeno risulta dalla numerosa serie di operazioni cruente praticate in questa clinica, che non offre difficoltà operatorie e che richiede una breve convalescenza; ragioni per le quali mi parrebbe doversi attuare la cura meccanica diretta a cangiare le condizioni di posizione dell'utero nei casi in cui questo sia deviato, ed il collo ipertrofico abbia consistenza molle, elastica e presenti le note della stasi, ma che qualora questo mezzo non fosse praticabile o l'utero si trovasse in posizione normale o si avesse a fare con un collo sclerotico si dovrebbe ricorrere all'amputazione della cervice, seguita o no da applicazione di pessario a seconda della varietà delle circostanze.

---

(1) In questo verrebbe a confortarmi un caso che fu osservato dal prof. Mangiagalli, nella sua pratica privata e che riferisco lieto di poter produrre una prova indubbia in grazia dell'autorità dell'osservatore.

Una signorina della città richiedeva consiglio per disturbi ai pudendi, che datavano da qualche tempo, e l'esame riconosceva: che il collo uterino fuorusciva dalla vulva per 3 cent. circa, che la vagina era tutta occupata dalla portio e che l'utero era obbligato in una certa posizione da un tumore avente origine dagli annessi di un lato. Non accettata la proposta di intervento operatorio avente per obbiettivo l'esportazione del tumore, si ricorse alla riduzione della massa neoplastica, sollevandola al disopra dello stretto superiore; si ottenne così nello stesso tempo un cangiamento nella situazione dell'utero. Posizione obbligata col bacino rialzato, per alcuni giorni, in seguito ai quali si riscontrava che la porzione vaginale del collo uterino aveva una lunghezza affatto normale. Per mia disgrazia non fu possibile continuare nell'osservazione.

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI
Diretto dal Prof. O. Morisani

Elefantiasi del clitoride e fistola vescico-vaginale

da causa non traumatica in donna sifilitica.

CONSIDERAZIONI SOPRA UNA OSSERVAZIONE CLINICA

PEL DOTT. **VINCENZO LAURO**

Professore paregg. di Ostetricia e Clinica Ostetrica nella R. Università di Napoli,
Coadiutore straordinario nell'Istituto suddetto.

Molte cliniche osservazioni nelle mani degli attenti cultori della scienza e della pratica, prestansi volentieri ad aggiungere qualcosa di nuovo od a dimostrare qualcosa di raro. Novità e poca frequenza, che, secondo mio credere, è nell'obbligo dell'osservatore di portare a conoscenza del pubblico scientifico. Indubbiamente così tutte le osservazioni degne di studio possono diventare patrimonio comune, aumentando le conoscenze di molti e riconfermandole in quelli, cui tale studio era noto; dando campo per tal maniera, ove il caso il richieda, a discussioni critiche, a correzioni di concetti ed a quella lotta scientifica sempre ferace di cognizioni più perfette e di concetti maggiormente esatti. E la scienza stessa, in breve volger di tempo, potrà, per questo fatto soltanto, subire un incremento sempre crescente, e le statistiche, molte volte base di importanti criterii diagnostici e curativi, addivenire molto più ricche di cifre.

Nè bisogna lasciarsi imporre dalla opinione di coloro, che a tutti i costi vorrebbero, che ogni pubblicazione concorra a dare alla scienza un impulso marcato e farle segnare passi giganteschi. Questo è il compito dei maestri della scienza e delle menti che si elevano dalla sfera comune.

Per me riman sempre esatto il motto del Duncan, che mi piace di ripetere ancora nei miei scritti: *ogni onesto lavoro contribuisce al progresso.*

Fu, secondo mio credere, precisamente una osservazione clinica non ordinaria, nè frequente a riscontrarsi nella pratica, che ebbi opportunità di seguire in questo Istituto Ostetrico-Ginecologico: osservazione che credetti importante e degna di studio, perchè vi trovai esca per considerazioni, a mio credere, non sfornite di un certo interesse.

Abbastanza raramente infatti, sarà dato al ginecologo d'imbattersi in casi di *grave aumento di volume del clitoride, senza partecipazione di altri organi componenti la vulva, ovvero per diffusione di processo da questi a quello;* ed a mente mia, ancor più raramente egli s'incontrerà in cliniche osservazioni di *anormali comunicazioni degli apparecchi urogenitali,* in cui ben leggendo nell'anamnesi, possa constatarsi, *che non tengano a conseguenza di parto laborioso od a trauma di qualunque genere.*

E la poca frequenza di ciascuna di queste lesioni, mi sembrò, che nel caso mio, acquistasse un valore ancora maggiore, rinvenendole simultaneamente nella medesima paziente. Mi decisi così più tranquillamente all'opera, sicuro, che quello che verrò man mano dicendo, non sarà certo nuovo di conio, ma merita molto la pena di esser studiato, non foss'altro che per aumentare la casuistica clinica.

Ecco intanto un breve accenno della osservazione:

Anno scolastico 1888-89, N. 22 del reg. di accettazione.

Gravina Giuseppa di anni 27, da Napoli, domestica, entra in Clinica il 14 gennaio.

Negativi i dati gentilizii.

Passò bene la sua infanzia e la sua prima età, senza soffrire malattia di sorta. Fu mestruata a 12 anni la prima volta, e meno la grande scarsezza del sangue, in null'altro presentò anomalia la perdita mensile: a 13 anni fu affetta da eruzione morbillosa a forma assai leggiera, della quale guarì sollecitamente; a 18 anni addivenne *Sacerdotessa di Venere.*

In quest'epoca della sua vita, la costituzione dei genitali era perfetta, nè essa vi notò mai alcun che di diverso dalle sue compagne. Nè la nuova vita, nei cui tumulti erasi menata, produsse mutamenti sensibili nel suo organismo, se togli la sospensione per alquanti mesi della perdita funzionale uterina. Per sei anni continui rimase inscritta nel libro innominabile, buona parte dei quali però trascorse rinchiusa nell'ospedale celtico, perchè spesso raccolse frutta dannose.

Fu affetta invero in primo tempo da blenorragia, che guarì dopo circa due mesi, poco dopo ammalò di ulcera unica in corrispondenza della vulva, seguita da adenopatie multiple non suppurate, e da un ascesso alla natica destra. Non guàri le comparve una eruzione pustolosa generale e dolori osteocopi, che andarono gradatamente migliorando, solo allorchè fu instituita una rigorosa cura mercuriale, che non fu eseguita per molto tempo dalla inferma. Altre ulcerazioni vulvari, specie nelle pertinenze del clitoride e delle ninfe, ed ancora blenorragie, soffrì ad intervalli più o meno lunghi, per cui fu ancora a diverse riprese rinchiusa nell' ospedale. Fu in una di queste fiate, che senza ragione apprezzabile, avvertì un istantaneo e forte dolore in corrispondenza della parte bassa della vagina, e poco dopo cominciò a perdere involontariamente le urine, la qual cosa continuò senza interruzione fin oggi.

In quanto ad appetito venereo, stando al suo dire, parrebbe che al principio di quel tempo in cui ella fece di sè mercato, fosse assai scarso, però dopo un certo lasso, addivenne molto più pronunziato, di maniera che assai più spesso partecipava ai piaceri sensuali. Ed aggiunge ancora, che fin da quando fu contagiata delle prime ulcerazioni vulvari, notò un marcato e sempre crescente aumento del suo senso genesico, sotto il cui influsso aveva potenti erezioni del clitoride, ed essa era costretta molto spesso, specie di notte, e molte volte nella stessa notte a sacrificare alla venere solitaria. In prosieguo nello sfogare l'altrui libidine, aveva, è vero, erezioni del clitoride, ma assai di raro il suo senso genesico era soddisfatto dall' accoppiamento, onde volentieri e spesso davasi in preda all'onanismo con voluttà sempre maggiore.

Dal tempo in cui, aumentata la sensibilità venerea, la donna si diè in preda all' onanismo, notò un graduale ma marcato crescimento del clitoride, da raggiungere nello stato di erezione un aumento di volume di circa un terzo delle proporzioni che riferirò or ora. Soffrì di tratto in tratto in varii punti del suo corpo, come essa dice, *ascessi,* residuati con cicatrici caratteristiche della sifilide. Sono ora tre anni da che, sia per la perdita della urina, sia per le difficoltà che il clitoride aumentato di volume, apponeva allo accoppiamento, sia ancora perchè il senso genesico è in essa fortemente attutito, rinunziò al suo mercato, ed oggi stanca delle sue sofferenze chiede soccorso all'arte.

Esame attuale. — Taglia mediocre; scheletro regolarmente sviluppato, nutrizione scaduta, colorito della pelle e delle mucose apparenti anemiche; qua e là pel corpo cicatrici perlacee acromiche in seguito di gomme suppurate; organi ed apparecchi splancnici normali, temperatura 36. 8 c.

Esame dei genitali. — Grandi labbra normali nella loro costituzione apparente: al disotto della loro commessura anteriore si origina un corpo

di forma presso che cilindrica, e del volume d' un dito medio di mano di medio sviluppo, la cui lunghezza misura circa cent. 6, e che scendendo lungo la linea mediana della vulva, arriva col suo apice fin quasi alla forchetta. L'apice di detto corpo è alquanto più sottile del rimanente e rassomiglia perfettamente ad un ghiande sprovvisto di prepuzio ed imperforato. Lo diresti insomma un pene d'un bambino al 7° anno della sua vita, spoglio addirittura di rivestimento cutaneo (V. Tavola). Il ghiande, ed il corpo di questa produzione, che ognuno ben vede esser fatta dal clitoride aumentato di volume, non sono sul medesimo asse, ma il primo è volto alquanto a destra, da formare col secondo un angolo di circa 170° col seno a destra. Tutto il clitoride ha superficie liscia e levigata, se togli tre noduli di diversa grandezza che si scorgono al disopra del ghiande, di cui il più grosso è quanto un piccolo pisello; il tutto è ricoverto da mucosa di colorito roseo a note macroscopiche normali, e l'organo così costituito ha consistenza d'un pene in semierezione.

Al disopra del clitoride, dalla commessura vulvare anteriore, scorgesi un'altra produzione, i cui caratteri apparenti sono identici a quelli anzi descritti. Essa misura per lunghezza circa mm. 20 e scendendo egualmente nella linea mediana si appoggia sul clitoride. Presenta al lato sinistro quattro noduli, ha volume un po' minore di quello del clitoride, e presenta una consistenza alquanto minore di questo.

Divaricando le grandi labbra, notansi le ninfe, per volume, colorito e consistenza, normali, sol che quella di destra, dal mezzo quasi della sua lunghezza lascia partire una briglia, come un nastrino lungo circa mm. 8, i cui caratteri sono identici al tessuto componente la ninfa, la quale riunisce questa al cappuccio clitorideo, mentre che il piccolo labbro di sinistra presenta anch'esso una briglia, della prima alquanto più lunga, che partendo dal suo estremo inferiore va ad impiantarsi al solco balano prepuziale del clitoride.

Alla base d' impianto di questa medesima ninfa e verso il mezzo della sua lunghezza, notasi un forame di forma ovale, della estensione di circa un centrimetro, dai margini arrotonditi e coverti di tessuto cicatriziale.

Dalla vagina vedesi colare continuamente urina, la nostra attenzione perciò vien riportata allo esame dell'uretra e della vescica, ed ecco quello che si nota.

Immediatamente dietro il forame uretrale scorgesi una soluzione di continuità, divisa in due per mezzo d'una briglia longitudinale; soluzione la quale immette nel canale uretrale; ma non potendo dopo ciò darci spiegazione della perdita continua della urina, si situa la donna alla Sims ed introdotto lo speculum del Ginecologo Americano, si va alla ricerca di qualche lesione più profondamente situata.

Ed in realtà a tre centimetri dal forame uretrale esterno, là ove

anatomicamente corrisponde il collo dell'urocisti, rinviensi un altro forame di forma circolare dai margini arrotonditi e ricoverti da tessuto di cicatrice, del diametro di circa 5 mm., dal quale vedesi molto agevolmente percolare la urina. Col mezzo d'una sonda uterina, fatta passare per l'uretra, si può riconfermarsi nella idea che è precisamente questo l'anomalo foro di comunicazione fra vescica e vagina, poiche è cosa facilissima, per questo forame, far passare l'estremo della sonda in vagina. Fu così formulata la seguente diagnosi: *Ipertrofia elefantiaca del clitoride e suo cappuccio e fistola uro-genitale in corrispondenza del collo della vescica in donna sifilitica.*

A riparare le quali anomalie, fu decisa l'asportazione dell'organo ipertrofico insieme alle ninfe, col mezzo del coltello e la recentazione e sutura dei margini della fistola col metodo del *Sims* modificato.

Le quali operazioni vennero eseguite dal mio Maestro la prima il 6 febbraio, e la seconda il 15 Aprile dell'anno scorso, seguite ambedue da splendido successo.

Nè voglio qui minutamente occuparmi dei dettagli operativi; devierei dallo scopo che mi sono prefisso e dovrò tornarvi sopra in altro mio lavoro, nel quale una esposizione minuziosa troverà posto più naturale. Pel momento devo contentarmi di dire che l'asportazione del clitoride, fu fatta con tanta esattezza, da conservare, a guarigione ottenuta, l'aspetto normale delle parti; e la chiusura della fistola con quella abilità, sveltezza ed eleganza che si acquista dopo eseguite meglio che 200 operazioni di tal genere, riparando spesso perdite di sostanza gravissime, rendendo così men dura la vita ad infelici, molte volte altrove dichiarate inoperabili, e come tali abbandonate al loro crudele destino.

Formolerò ora a guisa d'interrogazioni le considerazioni che credo non sfornite d'interesse, e che cercherò di discutere e risolvere il più brevemente.

Accennai poco innanzi alla rarità di riscontrare nella pratica una lesione di simil fatta; mi piace qui di ritornarvi sopra per un momento solo, onde riconfermare una tal cosa.

Se infatti consultiamo la storia della scienza, troviamo assai scarse le osservazioni di tal genere, anzi è da far meraviglia addirittura, come in trattati abbastanza recenti di Ginecologia, non si faccia neppur menzione di una cosiffatta anomalia dei genitali esterni. Nè si può addurre per scusa il poco o niuno interesse dell'argomento, perchè nella sua rarità di esistenza, l'aumento di volume del clitoride richiede come si

potrà di leggieri rilevare, allorchè m'intratterrò della cura, molto volentieri cure da parte del ginecologo, od anco l'intervento attivo ed armato dell'uomo dell'arte. Hooper infatti descrisse un caso di aumentato volume del clitoride sotto il nome di *cavolofiore* (1). Davis (2) Edwards (3) Megis per una pubblicazione di Ashwell (4) e Mac Clintoch (5) ne riferiscono altre osservazioni, nè per quanto io abbia potuto frugare nella bibliografia di cui dispongo, mi fu dato di rintracciare altre osservazioni di simil fatta, voglio dire di aumentato volume del clitoride senza partecipazione degli altri organi componenti la vulva. Che se altro mancasse, basta a dimostrare la mia tesi, l' asserzione di tutti i ginecologi che di tale argomento si occuparono: ed io non so se anche a quelli che esercitarono su larga scala e frequentarono per molti anni ospedali celtici, pria che li abolisse una legge inspirata a libertà, non so dico, se loro fu dato sempre di osservarne alcun caso. E così chiudo questa piccola digressione per far ritorno d'onde son partito, ad enumerare cioè e discutere le cause dell' aumentato volume dell' organo.

Un *vizio congenito, l'onanismo, l'ipertrofia, l'abuso del coito, la sifilide, e l'elefantiasi,* ecco le cause invocate in campo onde spiegare l'anomalo sviluppo dell' organo della sensibilità specifica della donna.

Vizio congenito. — Il Churchill di Dublino nella sua opera (6) accenna alla possibile esistenza d' una *ipertrofia* congenita del clitoride, nè si deve essere alieni dallo ammetterla, quantunque egli non citi in appoggio alcuna osservazione di tal genere, nè in altri autori io abbia potuto riscontrarne casi clinici, se togli quello riferito dal Dott. Vigorito, in cui alla deformità congenita si aggiunse in prosieguo un processo infiammativo cronico, che rese l'organo addirittura mostruoso (7).

Certo è però che nel nostro caso, una causa consimile è da escludersi senz' altro, poichè i dati storici riferiti non ci autorizzano neanco a farne il sospetto.

---

(1) « Morbid Anat., of human uterus. » 1832.

(2) « Ostetric medicine. » Vol. I, p. 60.

(3) « Med. chir. Review. » Vol. XXI, p. 489.

(4) « Ashwell on Diseases of Femels, » p. 728.

(5) « Clinical Memoires on Disease of Women. » Dublin 1863, p. 225.

(6) « Traité pratique des mal. des Femmes, ecc. » Paris 1886, p. 72.

(7) « Memoria su di una straordinaria elefantiasi tuberosa della clitoride. » Napoli 1865.

Onanismo. — De Sinety (1) e con lui qualche altro ginecologo, ritengono come l'abitudine della venere solitaria, possa rappresentare la vera etiologia dello aumento di volume del clitoride; non essendo per essi illogico lo ammettere come l'eccitamento ripetuto di un organo, induca un aumento dei fenomeni della nutrizione del medesimo e per conseguenza il suo sviluppo anormale. Ed essi son tanto più propensi ad ammettere cosiffatta etiologia, in quanto che credono poter di tempo in tempo rinvenirsi, l'ipertrofia del clitoride, presso le donne in preda a ninfomania e nelle quali alcuna altra anomalia possa invocarsi come causa.

Non ho bisogno d'intrattenermi molto sul riguardo per dimostrare come questa sia una opinione erronea, e come l'onanismo da solo, non possa rappresentare la causa dell'aumento di volume dell'organo. Poichè egli medesimo, il De Sinety, non nega, come in donne, nelle quali una tale abitudine era inveterata, non si trovò aumento di sorta nelle proporzioni del clitoride. E lo Schröeder è più affermativo ancora nel registrare (2), come ordinariamente in donne che anche da lungo tempo son dedite a questo vizio, il clitoride si conservi affatto normale. Nè molti ginecologi, che dell'argomento si sono occupati, annoverano fra le cause di aumentato volume del clitoride il frequente sacrifizio alla venere solitaria.

E non è senza importanza riferire un fatto che, per altro è di conoscenza comune, ed è molto calzante al caso attuale, voglio dire che tutti conoscono, come gli onanisti siano forniti di organo dell'accoppiamento assai modesto di proporzioni, anzi più spinto è il vizio, più l'organo diminuisce di volume. L'onanismo dunque piuttosto che aumentare le proporzioni dell'organo della sensibilità specifica, ne rende sempre più modeste le proporzioni.

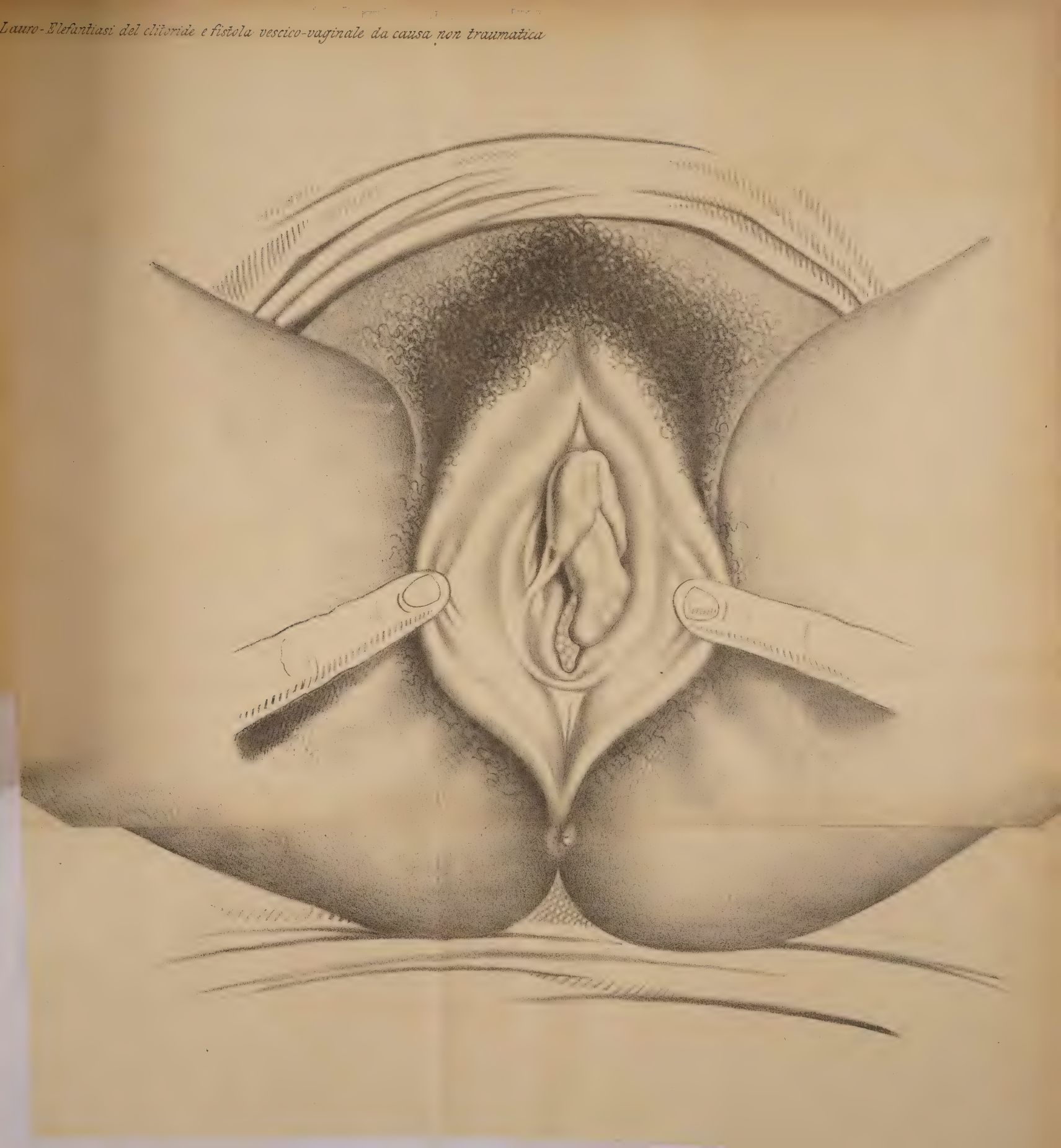
Qui cade in acconcio tener parola della *ipertrofia*, intesa nel vero senso della parola, poichè secondo il concetto del De Sinety il risultato del frequente eccitamento venereo, dovrebbe essere un aumento di volume e di numero degli elementi costitutivi normali del clitoride, senza che lesione di sorta vi si possa riscontrare, senza che elementi di natura diversa da quelli che normalmente costituiscono l'organo possa rinvenirvisi e concorrere ad aumentarne il volume.

---

(1) « Traité pratique de Gyn. et des mal. des Femmes. » Paris 1884, p. 63.

(2) « Malattie degli organi sessuali delle donne » (vers. Ital). Napoli 1880, p. 448.

Lauro - Elefantiasi del clitoride e fistola vescico-vaginale da causa non traumatica



Ed io non saprei formarmi un concetto diverso della ipertrofia, che chiedendo venia dell'aggettivo poco esatto, chiamerò così *semplice*. Secondo il concetto del ginecologo citato, dovrebbe avvenire nel clitoride quello stesso che avviene nel cuore, allorchè per un vizio organico valvolare o per qualsiasi altro disturbo idraulico dell' albero circolatorio, questo si ipernutrisce ed in una prima fase si ipertrofizza, quello stesso che avviene in una prima fase nei muscoli degli atleti.

Ma io sarei per dire, e mi si passi la frase forse azzardata, che pretta ipertrofia del clitoride non esiste, nè può esistere, poichè innanzi tutto fin oggi non vi fu chi dimostrasse ineluttabilmente, cioè col mezzo di ricerche microscopiche, un tal fatto; poi perchè l'aumento di volume del clitoride tiene sempre ad uno stimolo ripetuto, insistente, capace di produrre processi neoformativi i quali, nelle diverse loro fasi, facendo perdere ai tessuti che invadono molti, se non tutti i loro caratteri normali, devono di necessità includere un concetto diverso dalla ipertrofia nel pretto senso anatomico della parola.

Ma se mi si voglia osservare che ove i caratteri macroscopici dell'organo rimangano immutati ed inalterati, si può, specie riportandosi ai tempi in cui mancava il soccorso del microscopio, si può, dico, ritenere che gli organi osservati erano puramente ipertrofici, io farò riflettere, che non fu senza scopo se fui dettagliato nella esposizione delle particolarità dell'organo da me osservato: identica la forma, superficie e colorito normale, tutto, meno le proporzioni, come nel caso normale, dunque nessun clitoride forse s' aveva diritto di ritenere puramente ipertrofico, quanto quello di cui mi occupo. Ed in realtà a primo aspetto, questo sarebbe sembrato il concetto più logico da doversi fare della lesione, ma pensando bene alla cosa, questa idea, surta quasi spontanea, ceder dovrebbe il campo ad altra; e via facendo e ad esame completo dell' organo mi diedi ragione, poichè il risultato delle ricerche mi condusse a concetti tutto affatto diversi. Ma non anticipiamo idee, e seguiamo l'esame delle altre cause.

Abuso del coito. — Non maggiore appoggio, per essere proficuamente sostenuta, trova nella autorità dei fatti osservati, l'opinione di coloro, che vollero ammettere la causa dell'aumento del volume del clitoride nei frequenti abbracciamenti sessuali.

A molti infatti è occorso di frequentare e per lungo tempo ospedali

celtici di donne, ove convenivano a moltitudine donne rotte al mestiere della prostituzione; può ognuno affermare d'aver riscontrato un caso almeno d'ipertrofia clitoridea, e quando questa venne osservata si può asserire, andar essa dovuta esclusivamente all'eccesso della coabitazione coll'uomo? io credo che una risposta affermativa la si aspetta invano. Ma se anche si volesse sostenere una tale opinione come conciliare la rarità della lesione, colla frequenza relativamente grande delle donne dedite smodatamente ai piaceri della venere?

Parent Duchatelet (1), che si è molto di proposito occupato dell'argomento, mostra quanto sia erronea questa opinione. Egli notò come in tutte le prostitute inscritte ai suoi tempi a Parigi (che ascendevano a circa 6000) *non rinvenne che in tre soltanto ipertrofia del clitoride ed in nessuna di queste potè assicurarsi che più delle altre avesse abusato del coito.* Ed egli è altresì molto esplicito nel dichiarare, d'aver trovato l'organo della sensibilità genesica di proporzioni normali, presso *moltissime donne da lui osservate e dedite alla passione degli amplessi in guisa smodata.*

Questa causa adunque anch'essa, come l'onanismo, cade innanzi all'impossibilità di sostenersi di fronte all'autorità dei fatti.

Sifilide. — In quanto a questa specifica infezione del generale dell'organismo, è certo che non sarebbe strano nè fuori posto addirittura il ritenerla come causa dell'aumento di volume del clitoride; tanto più che sotto l'influsso di una tale malattia, l'aumento di proporzione del tessuto invaso dal processo specifico, incontrasi ad ogni piè sospinto. Però è da convenire che l'analisi minuta e sottile dei tessuti componenti l'organo ipertrofico, mostrano lesioni così caratteristiche e siffattamente specifiche, da non confondersi con altre di qualsivoglia natura, nè andar sconosciute ad un osservatore attento ed accurato.

Ma d'altro canto, calza qui la osservazione medesima fatta a proposito dell'onanismo e dell'abuso del coito; voglio dire che oggi, in special modo, la sifilide è un morbo cosiffattamente diffuso che bisogna attribuirsi a fortuna speciale lo esserne immune; nè sempre ed in ogni caso, l'individuo che n'è affetto si fa sollecito ad intraprendere rigorosa

(1) « De la prostitution dans la ville de Paris. » Paris 1857.

cura, che possa neutralizzare i maleficii che essa induce nell'organismo. Se dunque così frequente è la infezione sifilitica, se assai spesso si notano qua e là per l'organismo tracce di prodotti secondarii e terziarii di questa malattia; se essa potesse *ex se* indurre aumento di volume di un organo, e nel nostro caso del clitoride, al certo c'incontreremmo molto più frequentemente in cosiffatta anomalia, e l'esame istologico dell'organo ci mostrerebbe quelle lesioni dei tessuti, specifiche della sifilide, che io per brevità non riferisco.

A voler concedere a questa infezione celtica il più che è possibile accordarle nel caso in specie, si può asserire che essa potè fornire alla vera causa dell'aumento di volume dell'organo un sostrato favorevole, un terreno fecondo perchè potesse svilupparsi e svolgersi rigogliosa.

Elefantiasi. — Non vorrò estendermi più del dovere nel riportare i caratteri anatomici di questa speciale alterazione dei tessuti, specialmente della pelle e del connettivo; farei opera superflua e direi cose a tutti note. Mi limiterò a riferire il risultato delle osservazioni microscopiche da me eseguite sull'organo asportato, e che riproducono a capello le modifiche anatomo-patologiche più squisite, che si possano rinvenire in un tessuto elefantiasico.

Dirò innanzi tutto che le parti asportate furono tutte indistintamente fissate nell'alcool, e quindi successivamente furono da esse tratti tagli, i quali sottoposti ai comuni trattamenti di colorazione, furono utilizzati per preparati microscopici, previa inclusione in paraffina.

Dallo studio di serie di tagli ricavati dal ghiande e dal corpo del clitoride, si rileva come in realtà il processo il quale ha reso deforme, per aumentato volume, queste parti, venga costituito essenzialmente da una intensa iperplasia del tessuto connettivo. Grossi fasci di tessuto fibroso traversano in diversi sensi scarsi corpuscoli fissi del connettivo; e l'intreccio di detti fasci è fitto in modo, che appena in qualche punto osservansi fenditure linfatiche o grosse vene, tanto facili ad osservarsi in queste parti. Arterie sottili e con pareti fortemente ispessite, tanto da far ravvisare distintamente un processo di artero-sclerosi, accompagnano vene di piccol calibro anch'esse con pareti ispessite, le quali sono impiantate nel tessuto fibroso, con scarso o niente affatto tessuto avventizio.

Soltanto di tratto in tratto nella continuità di questo tessuto così fitto, osservansi dei cumuli di elementi giovani, i quali o sono aggruppati intorno alla sezione di qualche vaso di non mediocre calibro, o sono traversati, e per lungo tratto, da esile vaso capillare, al quale essi pare che facessero da continua barriera.

In nessun punto dei numerosi preparati, riesce colpire aggruppamenti di questa forma di essudazione linfoide, sotto l'aspetto di focolai autoctoni nella trama del tessuto non in intimo e diretto rapporto coi vasi. Nè in seguito a ripetute osservazioni di preparazioni sottili e ben riescite, è dato scorgere in questi aggruppamenti i dati di struttura, riferibili per caratteri anatomici a localizzazioni gommose, rilevabili dall' aspetto caratteristico delle diverse fasi biologiche di queste specifiche localizzazioni della sifilide.

La iperplasia e la consecutiva trasformazione fibrosa del tessuto neoformato, è spinta a tale grado, da rendere appena riconoscibile la struttura cavernosa del tessuto e la distinzione ed il limite d' insaldamento dei due corpi cavernosi di cui il clitoride risulta; ciò perchè in realtà il parenchima di cosiffatto tessuto, ha raggiunto tale compattezza ed è addivenuto così fitto, da presentare il medesimo aspetto della spessa albuginea che lo circonda.

Verso le parti superficiali, l'epitelio ricovre queste masse di tessuto in modo continuo come nelle condizioni normali, nè esso partecipa dove che sia allo aumento iperplastico del tessuto, anzi lo strato epiteliale è piuttosto spianato e sottile.

Presso a poco gli stessi caratteri, meno alcune modalità riferibili al tipo di struttura speciale, presenta il cappuccio clitorideo, in cui altresì qui e là disordinatamente osservansi delle cavità vascolari residuali di piccolo calibro, ed anche quivi le arterie e le vene presentano un notevole ispessimento delle loro pareti. Osservansi del pari di tratto in tratto dei focolai di essudazione morfologica, come nel tessuto erettile del corpo del clitoride.

In corrispondenza di quelle briglie o lacinie che partono dalle ninfe e vanno al ghiande ed al cappuccio clitorideo, notasi come esse siano formate di tessuto all'aspetto fibroso, e circondate in modo continuo dallo strato epiteliale avente i medesimi caratteri innanzi descritti.

Il tessuto delle ninfe è normale.

Ecco il risultato dell'analisi microscopica, ecco quello che mi svelò

il più esatto rivelatore dei segreti intimi insiti nei tessuti, ecco la base di sostegno della diagnosi anatomicamente vera.

Ed è sull'appoggio dei fatti microscopici rilevati che si esclude la sifilide, poichè mancano le caratteristiche lesioni anatomo-patologiche compagne di tale lesione: non puossi pei dati microscopici raccolti pensare ad una ipertrofia dell'organo, poichè non riscontransi le note anatomiche d'un tale processo. Nè le alterazioni rinvenute nel clitoride di cui tratto, possono ritenersi come uno stadio secondario di un processo ipertrofico ed iperplastico, in quanto che è vero che la iperfunzione di un organo può portare come prima fase la ipertrofia, ma in un secondo stadio i tessuti subiscono una degenerazione adiposa e giammai fibrosa come nel caso in parola: del resto un esempio spiccato degli esiti della iperfunzionalità d'un organo vengon dati dal cuore e dai muscoli in generale del nostro corpo.

Assai chiaramente adunque scorgesi come il processo anatomo-patologico da cui fu invaso il clitoride ed il suo cappuccio fu la elefantiasi, e non mancano per sostenere un tale asserto, come se non bastassero le caratteristiche lesioni microscopiche riscontrate, a sostenerlo dico, concorrono tutti i dati etiologici da cui un tal processo è risvegliato e sostenuto.

Ed in realtà la elefantiasi, scartando quella prodotta dalla *filaria sanguinis* dimorante nei vasi linfatici, come affezione delle regioni tropicali, è sempre prodotta da processi infiammativi cronici, e le ulcerazioni ed il contatto dei tessuti con liquidi irritanti, possono produrre nei medesimi un processo d'infiammazione ricorrente lenta, la quale decorre subdola, senza sintomi allarmanti, dando poi come esito l'ingrossamento del tessuto invaso per produzione del tessuto connettivo. Ciò si verifica tanto più facilmente, per quanto più è fecondo il terreno su cui si svolgono tali processi per predisposizione dell'individuo. La donna infatti era in preda a diatesi sifilitica, per la qual ragione soltanto era già predisposta a processi infiammativi; soffrì spesso ulcerazioni vulvari, specie nelle pertinenze del clitoride; assai frequentemente ebbe a soffrire blenorragie, le quali durarono più o meno lungamente: arrogi a tutto ciò l'onanismo spinto al grado eccessivo, si avrà così una etiologia completa, la quale può spiegare nettamente le cause che produssero la elefantiasi del clitoride.

Dirò adunque senza dilungarmi ulteriormente, che lo aumento di

volume del clitoride venne prodotto da un processo elefantiasico, quantunque i caratteri macroscopici tutti, inducevano a ritenerlo prettamente ipertrofico; che il processo infiammatorio lento, cronico, ricorrente, che produsse la lesione in discorso fu causato, assai probabilmente, dalle ulcerazioni ripetute, e dalle frequenti blenorragie sofferte dalla donna, la quale, affetta come era da grave sifilide, offriva un terreno proficuo allo sviluppo del processo infiammativo, coadiuvato altresì dall'aumentato senso genesico, che producendo per azione riflessa ripetute e frequenti erezioni del clitoride, d'onde il frequente sacrificare alla venere solitaria, contribuiva potentemente a sostenere la infiammazione lenta risvegliata dalle cause innanzi citate.

Perchè e come si stabilirono le briglie esistenti fra piccole labbra e clitoride e suo cappuccio? sono esse per avventura una anomalia congenita, ovvero costituiscono esse il risultato di aderenze patologiche fra le parti? perchè quel forame alla base del piccolo labbro di sinistra?

Non si può nel caso attuale, onde spiegare la esistenza delle briglie, mettere in campo il vizio congenito, poichè i dati storici, base dei nostri ragionamenti, non ci autorizzano ad invocarlo; tanto più che non è difficile nel fatto in specie dare una spiegazione assai soddisfacente.

Ed in realtà, la donna soffrì numerose volte ulcerazioni vulvari, le quali non sempre uniche, furono qualche volta sparse in diverse località degli organi componenti la vulva. Ora quale difficoltà nello ammettere che superficie ulcerate, messe in reciproco contatto, nel riparare dietro adeguata cura, siansi fra loro saldate?

Nè io potrei dire, senza forzare i fatti, quale proprio fu il momento in cui cosiffatte adesioni avvennero: certo è che dato il saldamento fra le ninfe ed il clitoride e suo cappuccio, la spiegazione della formazione delle briglie è agevole assai.

E per verità allorquando il clitoride ed il suo cappuccio, sotto lo stimolo erotico aumentavano di volume e si erigevano, dovevano per necessaria conseguenza far trazione sulla limitata zona d'adesione colle ninfe; le quali per la loro costituzione anatomica, non avendo tanta resistenza di tessuto, da trarre nella loro direzione gli organi eretti, ubbidendo a questa forza attiva, temporanea è vero, ma brusca e ripetentesi ad intervalli brevi, subirono un distiramento nella direzione della forza attiva che vi esercitava trazione. Nè potendo in massa spostarsi, perchè

la aderenza era molto limitata, così la zona di adesione cedendo gradatamente si allungò formando le briglie che abbiamo osservate. Ed i tessuti componenti le piccole labbra, si prestano assai volentieri a questo allungamento, della qual cosa troviamo esempio molto spiccato nel *grembiule* delle Ottentotte, e nell'allungamento che esse subiscono nelle ninfomaniache. Dirò infine che la scontinuazione che si rinviene alla base del piccolo labbro di sinistra, rappresenta il risultato di una ulcerazione indovata in quel sito, e che distrusse limitatamente tutta la spessezza delle parti.

Potevasi nel caso attuale adoperare un mezzo di cura diverso da quello messo in atto?

Il riposo, gli antiflogistici, gli astringenti e la clitoridectomia, rappresentano i mezzi curativi adoperati nei casi d'intervento del ginecologo per ipertrofia clitoridea.

Nè per questa affezione mancano le prescrizioni come cura preventiva, consistenti nell'allontanare tutti quei momenti occasionali che possono esser capaci d'indurre processi infiammativi dei genitali esterni; ed il ginecologo colpendo questo momento opportuno, prescriverà, secondo Hildebrandt (1), il riposo assoluto nella posizione dorsale, i purganti, i cataplasmi d'acqua di piombo ecc. Questo favorevole momento però quasi sempre sfugge al ginecologo, ed i suoi consigli son richiesti solo allora, quando le proporzioni dell'organo sono più o meno aumentate di volume: ed è precisamente allora che bisognerà tener conto del maggiore o minore volume del clitoride. Nei casi in cui le proporzioni dell'organo sono molto pronunziate ed arrecano molestia ed incomodità alla donna, il modo d'intervento dell'uomo dell'arte sarà diverso da quello che metterà in pratica, allorchè le modeste proporzioni dell'organo non arrecano incomodità di sorta alla paziente.

A giudizio del Churchill (2), in questo secondo caso gli astringenti ed i caustici possono bastare a ridurre il clitoride alle proporzioni normali: ma nel primo, se non si voglia ricorrere alla clitoridectomia, la cura medicamentosa che godette fama per un certo tempo, come razionale, fu l'uso del mercurio portato fino a produrre forte salivazione,

---

(1) « Malattie dei genitali esterni. » Enciclopedia di Pat. Chir. Vol. IV parte I, p. 1555. (Vers. Ital.)
(2) Op. cit., p. 15.

ovvero quello del iodo, adoperato per le vie digerenti o sotto forma di tintura o di unguento iodato.

La clitoridectomia adunque, nelle condizioni in cui consideriamo l' organo della sensibilità venerea della donna, è operazione pienamente giustificata, e rappresenta il mezzo d'intervento più razionale (1). I mezzi con cui può l' operazione essere eseguita sono: la legatura, lo schiacciamento, l' asportazione coll' ansa galvanocaustica ed il coltello.

La legatura, sia essa elastica o meno, non è un mezzo da esser seguito. Basterebbe riportare alla mente il caso di Dittel per rifiutarla. Sei lunghi giorni di dolori intensissimi e di sofferenze inaudite per la donna, furono necessarii perchè si ottenesse la caduta dell' organo. Ma evvi ancora di più: dovendo la legatura dare il distacco dell'organo per necrosi anemica dei tessuti, predispone e può esser causa di assorbimento di materiale infezioso, che necessariamente è in contatto colle parti sane, e con cui fatalmente si verificano scambi di succhi non ostante il colletto di strettura fatto dalla legatura. Assorbimento il quale, non potendosi limitare nei suoi effetti, potrà cagionare infiammazioni e suppurazioni delle parti circostanti, ovvero dare una infezione generale della operata che può financo metterne in pericolo la esistenza.

Oltre tutto ciò, bisogna altresì considerare, che allorquando si è ottenuto il distacco dell'organo, nel punto dove questo è avvenuto, resta una superficie suppurante, che metterà un tempo più o meno lungo, per cicatrizzare, racchiudendo in sè tutti i pericoli prossimi e remoti delle superficie ulcerate ed in suppurazione.

Nè minori rimproveri merita lo schiacciamento lineare alla Chassaignac. Già la pratica ha fatto giustizia d'un tale mezzo terapeutico ed oramai non avvi chirurgo che, meno in casi assolutamente eccezionali, vi ricorra. Ricorderò solo, coll'Hildebrandt come quando essa possa venir eseguita, accade facilmente che organi vicini come l'uretra ecc. possano essere

---

(1) Dissi *pienamente giustificata e razionale* la clitoridectomia nei casi d' aumento di volume molto marcato del clitoride, perchè non saprei mai abbastanza energicamente oppormi alla opinione di coloro i quali vogliono praticare la *clitoridectomia normale* nell'isteria, nella epilessia, nell'onanismo, od in altre psicosi che stanno in relazione colla sfera genitale, poichè secondo lo Schröder con tale operazione non si può sperare di ottenere risultato di sorta.

E questa operazione fu molto praticata ed in modo assai leggiero dal Baker-Brown; ma le operazioni da lui eseguite fecero tanto penosa impressione sull' animo dei componenti la *London Obstetrical Society*, da fargli infliggere la pena dell'espulsione dalla Società e della radiazione dal numero dei Socii.

attirati nel campo operativo, la lesione dei quali arreca danni non lievi. Inoltre è di osservazione comune qualmente, sempre che lo schiacciatore lineare venne adoperato, l'asportazione dell'organo non fu giammai potuta eseguire nel sito voluto; ciò per scivolamento della catena, al di qua od al di là del limite prefisso, nel momento della sua strettura. Avendo inoltre colla legatura elastica, comuni il pestamento dei tessuti, la grande dolorabilità e la consecutiva suppurazione delle parti schiacciate, molto ragionevolmente fu dalla pratica sana abbandonato.

L'ansa galvano caustica, rappresenta certamente un acquisto della chirurgia moderna, ed un buon mezzo terapeutico; però anch' essa non sfugge a notevoli rimproveri. In prima anche l'ansa galvano caustica non sempre recide l'organo che si vuole asportare nel sito prefisso: nè valgono ad ovviare a tale inconveniente tutti i mezzi finora proposti; e poi la superficie di recisione riman coverta d'un'escara, la quale mette più o meno tempo per cadere; ed avvenuto il distacco, la parte granulante richiede un tempo abbastanza lungo per covrirsi d'epitelio. Ciò non tenendo conto degli inconvenienti che si possono avverare nei casi di porzioni mortificate in contatto di superficie assorbenti, nè di quelli che potrebbero avverarsi al seguito d' ulcerazione della superficie di recisione.

Ma se tutto ciò mancasse, il prezzo elevato di questi apparecchi, non li mettono alla portata di tutti e non si sfugge assai spesso all' inconveniente di veder l'ansa smorzata nel tempo dell'operazione, e l'operatore esser costretto di completare l'atto operativo con altro processo.

Vero è che così collo schiacciamento lineare come coll' ansa candente si schivano i pericoli d' una emorragia, ma coi mezzi che attualmente possediamo per arrestarla nel caso che essa possa verificarsi, non è necessità solo per questo di preferirli ad altri mezzi, più pronti, più sicuri, e che menano a guarigione con maggiore sollecitudine.

Il coltello tagliente certamente a mio credere rappresenta oggi, se non l' unico, certamente il miglior mezzo d' intervento: esso opera in maniera molto spedita, e impiega a parità di condizioni tempo minore; esegue esattamente il progetto dell'operatore, che nel caso di cui tratto, potrà fare del suo meglio per conservare la conformazione delle parti; esso, il coltello, rappresenta altresì il mezzo di guarigione più sollecito, essendo che circondati delle necessarie e rigorose precauzioni antiset-

tiche, messe a contatto le parti recise con esatta ed adequata sutura, bastano pochi giorni soltanto perchè la cicatrizzazione delle parti sia perfetta e l'inferma guarita completamente. Ed a tutto ciò non voglio mancare di aggiungere, che servendosi del tagliente, si può in casi speciali modificare a piacimento il progetto operativo, asportando ancor di più od in direzione diversa, nei casi in cui si dovesse riconoscere d'esser caduti ancora su tessuti patologici. Non sono queste ragioni sufficienti per dare al bisturì una indiscutibile preferenza, specie nel caso attuale? a me sembra di sì, e l'intervento con tale mezzo adoperato dal mio Maestro, mi dà pienamente ragione.

Forse meriterebbe d'entrare in discussione l'asportazione eseguita col coltellino candente del termocauterio. Col medesimo vero è bene che si schivano i pericoli della emorragia, e si può perfettamente eseguire il piano dell'operatore, ma l'escara residuale, il tempo richiesto pel suo distacco, la suppurazione, la necessità d'un tempo più o meno lungo per la cicatrizzazione, mi fan restar fermo nel preferire il coltello tagliente. Forse nei casi in cui si possa aver fondata ragione di credere, di operare su tessuti fortemente vascolarizzati, forse in questo caso sarebbe prudente ed opportuno operare col coltellino del *Paquelin.*

In ultimo dirò che non si poteva con una rigorosa cura antisifilitica ottenere se non la *restitutio ad integrum* dell'organo, almeno un marcato miglioramento, sia perchè una tal cura fu eseguita rigorosamente per due mesi di permanenza in clinica della donna, senza ottenere miglioramento di sorta nella località, mentre fu molto marcato il miglioramento generale, sia perchè l'analisi microscopica diede spiegazione assai congrua l'inefficacia della medesima, mostrando nei tessuti del clitoride tutt'altra lesione di quella che è caratteristica di tale malattia.

Ed ora assai brevemente dell'altra lesione riscontrata, voglio dire della fistola uro-genitale.

La quale comunicazione anormale fra i due apparecchi, apre campo innanzi tutto a discutere in brevi parole, se essa apparteneva alla varietà delle fistole vescico-vaginali od uretro-vaginali; e la sua situazione dà pienamente ragione del dubbio ed adito alla discussione. Infatti l'uretra termina al collo della vescica, situato a 3 cent. dal meato uri-

nario nella donna: ciò c'insegna l' anatomia normale. Or una soluzione di continuità molto limitata in estensione, situata precisamente là dove trovasi il collo vescicale e producente una comunicazione anormale fra apparecchio urinario e genitale, dovrà esser classificata fra le uretro-vaginali, o le vescico-vaginali? La letteratura ginecologica che io potei riscontrare al riguardo, è assolutamente muta su tal punto di controversia, a risolvere il quale a me sembra sufficiente il basarsi sulla sintomatologia di ciascuna delle due varietà, nè la definizione netta della categoria in cui classificarla è sfornita d'interesse scientifico e pratico.

Immagino innanzi tutto una fistola uretro-vaginale, e mettiamola ad esempio nel mezzo della lunghezza di questo canale; togliendo già che l'esame diretto ci fa farne una netta diagnosi, la paziente ci dirà come essa urini a volontà ad intervalli più o meno lunghi, sol che nel momento della minzione essa s'accorge che l'urina invece che uscire dal meato urinario, vien fuori dalla vagina, e che non ha più il getto normale del liquido raccolto nella urocisti. Ed è naturale, integre le pareti vescicali, integro il collo della vescica, questa trattiene fino a stimolazione dello sfintere il liquido che incessantemente piove dagli ureteri, sol che nel momento della volontaria urinazione, il liquido trovando, pria del meato urinario, un altro forame, per questo passa liberamente, cade in vagina e viene all'esterno. Caratteristica dunque delle fistole uretro-vaginali, per quel che spetta alla funzionalità della vescica, è la urinazione a volontà.

Guardiamo per contro come si comportano le cose nei casi di fistole vescico-vaginali; il colo involontario della urina goccia a goccia dalla via della vagina è un sintomo razionale di tanta importanza, da esser sufficiente da solo a togliere ogni dubbio alla diagnosi; e ciò, non ostante la integrità perfetta del collo vescicale, assai spesso conservato intatto, la funzionalità del cui sfintere è resa inutile per la scontinuazione delle pareti dell'urocisti (1).

Senz'altro adunque nei casi di fistola vescico-vaginale si perde l'urina incessantemente a goccia a goccia dalla via della vagina.

---

(1) Conosco bene, e non valgono ad infirmare quello che io dico, quei casi in cui non ostante la esistenza di una fistola vescico-vaginale, la donna in determinate posizioni trattiene in vescica le urine, e le emette ad intervallo più o meno lungo. Queste donne in una posizione diversa da quella che ciascuna di esse conosce per sè, perdono poi ed in modo caratteristico le urine.

Ma se l' apertura fistolosa è limitata soltanto al collo dell' urocisti, là ove la vescica termina e comincia l' uretra, là ove io azzarderei di dire, non è nè uretra nè vescica, a quale categoria essa apparterrà? si dovrà di essa fare una sottospecie? può essa venir compresa in una delle categorie che ho esaminate?

Giova il ripeterlo, che nei libri di ginecologia da me consultati, non rinvenni accenno di una tale quistione, per cui fu quasi necessità fare a me medesimo queste dimande.

Or bene se pregio d'una classificazione non fosse la semplicità massima, forse per questa varietà di fistola uro-genitale, si potrebbe farne una sottospecie distinta, alla quale forse si potrebbe anche dare un nome specifico: ma sarebbe un complicare la classifica senza necessità, anzi forse a detrimento della semplicità e chiarezza, solo in vista della sintomatologia identica e comune che essa ha colle fistole vescico-vaginali.

Nè io devo spender parola nello spiegare il meccanismo della perdita della urina nei casi di scontinuazione dello sfintere vescicale; la cosa è assai chiara per sè, e la riproduzione precisa delle condizioni anatomiche che si verificano nel caso di distruzione di parte della parete vescicale è addirittura identica; si può adunque senza più mettere nella categoria delle fistole vescico-vaginali anche quelle che possono rinvenirsi limitatamente al collo della urocisti.

Quale l'etiologia di questa fistola?

Scartiamo assolutamente i traumi perchè nessun accenno ne esiste nella storia; non può parlarsi di mortificazioni in seguito di parto perchè la donna è nullipara; quale dunque la causa, se queste che rappresentano le più ordinarie devono essere scartate?

Il solo traumatismo forse che potrebbe *evocarsi*, potrebbe essere il coito: ma oggi fortunatamente siamo ben lungi da quei tempi in cui fiduciosamente si credette che l'asta virile potesse aver forza sufficiente da lacerare nell'atto del coito le pareti vaginali *integre*. E dissi integre, poichè nei casi in cui un tale accidente si potè verificare si constatò un infiltramento carcinomatoso delle medesime.

Ma volendo anche per un momento solo invocare in campo una tale possibilità, nel nostro caso neanco è fattibile il sostenerla, poichè si stabilì, nella donna di cui tratto, la comunicazione anormale fra vagina e vescica, quando essa era da qualche tempo rinchiusa nell'ospedale

celtico, quando essa era fuori del campo militante delle sacerdotesse di venere.

Or dunque nell'assenza di traumi di qualunque specie, non rimangono che le ulcerazioni del setto che possono darci ragione del fatto riscontrato, ulcerazioni che dovettero avere un carattere distruttivo e nel caso speciale tutto concorre a far ammettere un prodotto terziario della sifilide (gomma) indovata in quel sito (1).

Ed io credo tanto più non sfornita d'interesse questa clinica osservazione, specie per quello che riguarda l'etiologia della fistola, per quanto alcuni ginecologi si limitano soltanto ad accennarla, altri non le fanno neanco l'onore d'una menzione, altri la negano addirittura.

Fra questi è De Sinety (2) ed io riporto testualmente le sue parole: « On a invoqué, également, comme cause de cette infirmité, *les ulcérations syphilitiques* et tuberculeuses. La rareté des lesions vaginales de « cette nature, nous permet, de mettre en doute la réalité d'une pa- « reille étiologie. »

E la nostra donna era sifilitica e gravemente sifilitica, ed essa aveva pel suo corpo traccie indelebili della grave infezione che portava: gomme in varii siti del suo corpo, suppurate ed ulcerate, rimanevano le loro vestigia in cicatrici caratteristiche di tale morbo. Quale difficoltà adunque nello ammettere che una gomma, sorta e svoltasi in corrispondenza del collo della vescica, abbia poi in seguito di fusione del granuloma da cui è costituita, perforato il setto vagino-vescicale e stabilita una fistola? Tutto concorre ad ammettere una tale etiologia, la quale trova altresì il suo appoggio nell'esame dei margini della fistola, i quali si mostrano lucenti, infiltrati alquanto e di quel colorito caratteristico delle cicatrici della sifilide.

Esporrò dopo ciò in forma di conclusioni quello che dissi abbastanza estesamente in questo mio studio.

1.° Lo aumento di volume del clitoride è affezione piuttosto rara, massime quando la si considera individualizzata, voglio dire senza par-

---

(1) Ricorderò solo, come non applicabili al caso, le ulcerazioni vaginali occasionate dalla presenza di vecchi e mal adatti pessarii: le ulcerazioni per infiltramento carcinomatoso delle pareti vaginali, sia primitivamente, come per diffusione del tumore indovato nel collo della matrice; infine le ulcerazioni dovute a calcoli vescicali o ad altro corpo estraneo nella urocisti.

(2) Op. cit: p. 254.

tecipazione degli altri organi componenti la vulva. In simili casi quand'anco i caratteri macroscopici siano dei più spiccati per farlo ritenere semplicemente ipertrofico nel vero senso anatomo-patologico della parola, all' esame microscopico si rinvengono le note caratteristiche della elefantiasi.

2.° L'onanismo e l' abuso del coito individualmente presi, non possono rappresentare l'etiologia della elefantiasi clitoridea, nè la sifilide da sola può dare aumento di volume dell'organo della sensibilità genesica della donna. Questa però può offrire fecondo terreno allo svolgimento di precessi infiammativi cronici, i quali possono pel caso speciale esser determinati dal contatto di liquidi irritanti (pus blenorragico, ulcerazioni, ecc.), agevolati a sostenere, prolungare ed aumentare il processo infiammativo, dal frequente e ripetuto stimolo fisiologico dell'eccitamento erotico per onanismo spinto.

3.° Le briglie esistenti fra ninfe, ghiande e cappuccio clitorideo, sono dovute ad aderenze pregresse fra le parti in seguito di contatto ed aderenze cicatriziali di parti ulcerate. Dette briglie son fatte a spese del tessuto delle ninfe e sotto l'azione delle trazioni prodotte della forza attiva e brusca sviluppantesi in seguito delle frequenti erezioni.

4.° Le fistole uro-genitali riconoscenti come causa una ulcerazione sifilitica, sono rarissime a riscontrarsi nella pratica, tanto che da taluni ginecologi son financo negate: la presente osservazione clinica però ne è un esempio spiccato, tale da dissipare il dubbio.

5.° Le fistole uro-genitali con sede limitata al collo dell' urocisti, vanno classificate fra le vescico-vaginali, e non possono in verun modo far parte della categoria delle uretro-vaginali: ciò basandoci sulla sintomatologia propria a ciascuna di esse.

6.° L' osservazione clinica da me riferita, acquista importanza maggiore, considerando che sulla medesima donna si rinvennero due lesioni, rare a riscontrarsi nella pratica isolatamente prese.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

Prof. LUIGI MANGIAGALLI

Due casi di taglio cesareo col metodo Porro

per rare indicazioni

Entrambe le donne, a cui si riferiscono le presenti osservazioni, ricoverarono nel comparto per carcinoma uterino avanzatissimo, ma, mentre nella prima il taglio cesareo venne richiesto dall'atresia delle vie genitali causata dall'operazione praticata coll' intento di esportare il neoplasma, nella seconda è l'infiltrazione neoplastica stessa del collo e dei parametrii che mi decise ad aprire una via artificiale al prodotto del concepimento. Quando si rifletta che, sopra 94 casi di carcinoma osservati nel comparto da me diretto nel periodo di 15 mesi, 30 casi si trovavano nel periodo di attività sessuale e fra questi due in corso di gravidanza, e parecchi si riferivano a donne che avevano partorito quando sicuramente erano già affette da carcinoma, parrebbe meno paradossale l'idea di Cohnstein, contradetta dai più, che il carcinoma del collo uterino costituisca quasi un momento favorevole per il concepimento (1). Il primo caso è un esempio meraviglioso, come lo dimostrerà l' osservazione in extenso, della resistenza che qualche volta oppone l'utero a tutti i mezzi che sembrerebbero più idonei ad eccitarne l' attività. Il carcinoma era diffuso alla vagina ed ai parametrii e, giudicato inoperabile con intenti radicali, venne trattato col raschiamento seguito da cauterizzazione col

(1) « Ueber die Complication der Schwangerschaft u. Geburt mit Gebärmutterkrebs. » *Archiv. f. Gynaek.*, V.

cloruro di zinco. Molestata da tempo da emorragie infrenabili, che l'avevano gettata in un'anemia profonda, la paziente era inconsapevolmente nei primordii di una nuova gravidanza quando entrò nel comparto, gravidanza che l'arte non poteva in alcun modo presumere o sospettare. Come le emorragie profuse, la vasta infiltrazione, le perdite saniose non avevano impedito il concepimento, così il sondaggio uterino, il profondo raschiamento, la causticazione generosa, le emorragie successive alla caduta dell'escara, le numerose medicazioni non valsero dopo ad interrompere la gravidanza, e l'arte, che aveva inalzato una barriera insuperabile sulla via naturale che il prodotto del concepimento doveva percorrere, era più tardi costretta ad aprirne una artificiale.

Una parte di questa osservazione, quella che riguarda il trattamento del cancro, venne già pubblicata dal Dott. Curatulo (1), ma, potendo ora seguire le dolorose vicende del caso veramente singolare in tutte le sue fasi, non credo inutile il riportarla ora integralmente.

OSSERVAZIONE I.

T. Costanza, di anni 30, maritata, entra in comparto il 22 novembre 1888. VII para, mestruò la prima volta a 14 anni e poi sempre regolarmente: delle gravidanze, sei andarono a termine, l'ultima fu interrotta al sesto mese, nel dicembre 1887. Parti e puerperi normali; gentilizio immune da tabe cancerigna. Da quasi due anni accusa dolori lancinanti all'ipogastrio, metrorragie ricorrenti e perdite fetide; da tre giorni è cessata una metrorragia che le era durata un mese circa.

Stato attuale. — Nutrizione deperita notevolmente, scomparso il pannicolo adiposo sottocutaneo, colorito della pelle cachettico, mucose molto pallide. Nulla all'apparato cardiaco-vascolare, nulla al torace ed ai visceri ipocondriaci. Ghiandole inguinali dell'ordine superiore ipermegaliche. Genitali esterni con caratteri spiccati di pluriparità, vulva beante. All'esplorazione, il collo uterino si sente invaso da una massa vegetante, dura, bernoccoluta, che invade a sinistra la vagina per il tratto di centimetri 3 e che si estende circolarmente sino alla base della porzione vaginale del collo. Dette masse vegetanti sono facilmente sanguinanti. All'esame collo speculum, la vagina si mostra invasa anco

(1) Curatulo. « Sulla cura palliativa del cancro dell'utero inoperabile e sul trattamento dell'endometrite cronica col cloruro di zinco. » *Morgagni*, Novembre 1889.

posteriormente per un centimetro circa. L'utero non è mobile: gli annessi di sinistra tesi, intasati quelli di destra.

Fu fatta diagnosi d'epitelioma ulcerato del collo con diffusione alla vôlta vaginale ed al parametrio di destra, affatto inoperabile mediante la isterectomia.

1.° Dicembre. Cloroformizzazione della donna, escisione di una vegetazione della grandezza di una noce, che al microscopio confermò la diagnosi clinica già menzionata, e raschiamento profondo col cucchiaio di Simon di tutta la parte invasa dal neoplasma. Il collo uterino viene ad essere isolato dagli attacchi vaginali, completamente esportato dal cucchiaio nella sua parte vaginale e la vescica scollata dalla parete anteriore della cervice per una larga estensione senza esser lesa. Tamponamento con garza iodoformica.

4 Dicembre. Temperatura 37.° Levato il tampone iodoformico, si lava col sublimato all'1 per mille la superficie raschiata e vengono applicati sul fondo della cavità dodici piccoli tamponi legati separatamente ad un filo ed imbevuti della soluzione di cloruro di zinco (ana). Prima di venir introdotti, furono spremuti alquanto ed indi fissati da un grosso tampone di ovatta spalmato di una pomata di bicarbonato di soda e vaselina (1 : 3) e da poche strisce di garza iodoformica. Si applica una vescica di ghiaccio all'ipogastrio.

5 Dicembre. Temperatura 38°. Notte pessima, dolori assai vivi al basso ventre; frequenti conati di vomito. Alle ore 9 antim. (dodici ore dopo l'applicazione), si tolgono i tamponi di cloruro di zinco; il caustico erasi diffuso alquanto sulla parete anteriore della vagina. Si fanno larghe irrigazioni antisettiche e si riapplica un tampone colla pomata sodica Iniezioni di morfina.

La sera, la temper. 38°. 3; ventre dolente alla palpazione; polsi piccoli.

6 Dicembre. Temperatura 38°. 1. L'inferma fu quieta sino alle 2 antimeridiane; d'allora sono ritornati i dolori vivi e persistono i conati di vomito. Iniezione di morfina. La sera, la temperatura 38°. 4.

7 Dicembre. Temperatura 38°. 4. Passò la notte mediocremente, l'addome è meno dolente e tumido; persistono i conati di vomito. Niun segno di emorragia. Si tolgono i tamponi di pomata sodica e di garza e si praticano larghe irrigazioni vaginali di soluzione borica. Viene applicato un grosso tubo di drenaggio in vagina, in modo che l'estremo posteriore arrivi al cul di sacco dell' infundibolo vaginale; l' estremo anteriore, mercè un punto di sutura, viene fissato al gran labbro di destra. Iniezione di morfina. La sera, la temperatura 38°. 6.

8 Dicembre. Temperatura 38.° Si rinnova la medicazione leggermente imbrattata di un liquido siero-sanguinolento e l'irrigazione vaginale attraverso il tubo di drenaggio. Si ripete la medicazione. La sera, la temperatura 38.°

9, 10, 11 Dicembre. Apiretica. Dolori diminuiti; rinnovasi la medicazione e l'irrigazione di sublimato all'1 per due mila.

12 Dicembre. Temperatura 37.° Discrete perdite sanguigne che la paziente non esclude possa trattarsi della mestruazione occorrente in quell' epoca. Dolori quasi cessati. Il drenaggio è otturato da grumi sanguigni e l'estremo anteriore staccato dal gran labbro di destra. La vagina è piena di numerosi coaguli, tolti i quali, coll'aiuto dello speculum, cercasi di vedere la sorgente dell'emorragia. Da un punto semplicemente, ove l'escara si è staccata, si scorge un gemizio lento, che cessa con irrigazioni assai calde. Si fa il tamponamento. La sera, la temperatura 37.° 1.

13 Dicembre. Temperatura 37.° Perdite sanguigne scarse, lievi dolori all'ipogastrio. Il tampone è inzuppato di sierosità e di sangue. Collo speculum si scorge il cul di sacco vaginale di un colore biancastro, non sanguinante; a destra, si nota una superficie rossastra, dalla quale geme del sangue e che corrisponde al punto del distacco di porzione dell'escara. Irrigazioni al sublimato all'1 per due mila e tamponamento.

14 Dicembre. Temperatura 36°, 8. Emorragia durante la notte; fatta venire la donna sul lettino d'operazione, si toglie il tampone ripieno di sangue ed, in seguito, viene a staccarsi dalla cupola vaginale *una grossa massa a forma di cono dello spessore di quasi due centimetri, rappresentante lo stampo dell' infundibolo cauterizzato.* Dura come cuojo, di colorito grigioplumbeo, al taglio dava l'aspetto d'un coagulo fibrinoso. Momentaneamente si produce un'emorragia veramente imponente a gemizio dalla superficie già prima occupata dall'escara e si hanno i segni dell' anemia acuta. Procedetti immediatamente ad un assai accurato tamponamento, mentre alcune iniezioni di etere venivano praticate alla donna, i cui polsi si erano fatti molto piccoli. Il tamponamento venne reso più efficace mercè una fasciatura ben stretta a T. La sera, l'inferma era molto sollevata, i polsi si erano fatti buoni; praticato il cateterismo, si rinnova la fasciatura contentiva. Temperatura 37.°

15 Dicembre. Temperatura 37°,5. L'inferma si sente meglio; ai genitali si scorgono pochissime traccie di sangue; cateterismo.

16 Dicembre. Temperatura 37.° Si leva il tamponamento senza che si rinnovi emorragia; il cul di sacco vaginale e la parte inferiore dell'utero è ricoperta qua e là da grumi che vengono rispettati. Si ripete il tamponamento alla garza iodoformica. Sera, temperatura 37.°,5.

17-18 Dicembre. Sempre apiretica. Nessuna perdita.

19 Dicembre. Temperatura 37.° Tolto il tampone iodoformico, appare *una vasta cavità granuleggiante ed uniforme; nessun punto ad occhio nudo od alla sensazione del dito esploratore fa sospettare nuove produzioni maligne.*

D' allora in poi, il tampone venne rinnovato ogni tre o quattro giorni; la cavità, andò mano mano restringendosi sempre più; solo il 22

dicembre l'inferma ebbe una leggera elevazione termica (38°. 7) per un'angina follicolare ed il 9 gennaio 1889 veniva licenziata dal comparto, raccomandandole di farsi vedere all'ambulatorio e prescrivendole i globuli d'acido arsenioso. Nel corso della cura, dall'ingresso alla dimissione dell'ammalata venne praticato il cateterismo uterino tre volte.

La paziente ritornava all'ambulatorio dopo alquanto tempo ed il suo aspetto era assolutamente cambiato; erano del tutto scomparsi i dolori e le perdite e la donna diceva sentirsi in pieno vigore. L'infundibolo vaginale era completamente chiuso ed occupato da un solido tessuto cicatriziale, notavasi atresia dell'orificio esterno del canale cervicale, non essendo stato possibile, per quanto si fosse tentato di penetrare con una sonda di qualsiasi dimensione in cavità. Le menstruazioni non si erano fatte più vedere e niun dolore veniva dalla donna accusato durante l'epoca solita menstruale.

Il 28 marzo, cioè tre mesi circa dopo la sua uscita dall'Ospedale, la mentovata T.... Costanza si faceva vedere una seconda volta all'ambulatorio e si constatava quanto segue: mucosa vulvo-vaginale assai congesta, violacea anche nella zona cicatriziale. La vagina è lunga circa 7 centimetri e resta chiusa in alto da una specie di volta, nel cui segmento posteriore si avverte una piccola depressione infundiboliforme circoscritta da tessuto cicatriziale piuttosto stipato. Attraverso il segmento anteriore di detta volta si sente una tumescenza molle, cedevole, elastica che si avverte del pari alla palpazione addominale ed arriva a due dita al disotto del bellico.

Non si sente polso vaginale; per la via rettale si hanno le medesime sensazioni più distinte. All'ascoltazione, nel quadrante inferiore di destra, si avverte un rumore di soffio sincrono al polso materno; l'ascoltazione riesce negativa relativamente ad eventuali rumori fetali. Il fondo uterino arriva due dita circa al di sotto della cicatrice ombellicale. All'esame del petto si hanno fenomeni mammarii, areola primitiva pigmentata, areola secondaria, sviluppati i tubercoli del Montgomery, secrezione di sierosità lattescente.

Come si doveva interpretare la tumescenza indicata? Due ipotesi erano possibili. Il sangue menstruante non trovando possibilità di uscita si era raccolto nella cavità uterina, tra l'utero e la volta cicatrizziale che occludeva la vagina, oppure la tumescenza indicata era dovuta allo sviluppo del prodotto del concepimento. Questa seconda ipotesi venne accettata come l'unica ammissibile, poichè da una parte la confermavano tutti i dati raccolti che si riferivano ai sintomi razionali della gravidanza, e dall'altra mancavano i segni di una raccolta sanguigna.

La tumescenza non era tesa, ma piuttosto molle, cedevole, elastica, e mai si erano avuti fenomeni che accennassero a molimina menstrualia, nè i dolori che avrebbero dovuto accompagnare la formazione di un ematometra. Ma a quale epoca risaliva il concepimento? Era esso ante-

riore all'ingresso della donna, ovvero datava dai primi amplessi coniugali dopo il suo ritorno in famiglia? Interpellata la donna, assai intelligente e gratissima per la guarigione ottenuta e che non aveva alcuna ragione a mentire, mi assicura di aver avuto rapporti sessuali col proprio marito fino al giorno avanti a quello del suo ingresso nell'ospedale, mentre d'altro canto afferma di non averne mai avuto alcuno *per lo spazio di un mese e mezzo* dopo il suo ritorno a casa, temendo di non essere ancora completamente guarita e rammentando le sofferenze del suo soggiorno nell'ospedale. Essendo dunque stata dimessa dall'ospedale il 9 gennaio, e non avendo avuto luogo il primo avvicinamento sessuale che nell'ultima settimana di febbraio, non poteva certo riferirsi ad esso una gravidanza, nella quale il fondo uterino arrivava a due dita al disotto del bellico. Tenuto calcolo della elevazione dell'utero per il fatto della colonna di tessuto cicatriziale che lo separava dalla vagina, lo sviluppo dell'utero corrispondeva all'epoca del concepimento, se questo si faceva risalire, come del resto tutte le circostanze lo imponevano, ai giorni che avevano preceduto il suo ingresso nell'ospedale. Era dunque giuocoforza ammettere che il concepimento aveva avuto luogo poco prima dell'ingresso nell'ospedale e che la gravidanza non era stata interrotta nè dalla malattia nè dai mezzi che si erano impiegati a combatterla. Nè a spiegare il caso piuttosto unico che raro e veramente straordinario, vale l'ipotesi che l'ovicino si trovasse nella tuba al momento del nostro intervento. Wyder, Lawson Tait, Blond Sutton, ecc., accettano che la fecondazione dell'ovulo avvenga nell'utero. Il movimento vibratile delle ciglia dell'epitelio delle trombe è favorevole alla progressione dell'ovulo e contrario alla penetrazione dei nemaspermi e per contro nell'utero abbiamo un movimento in direzione opposta, favorevole alla progressione dei nemaspermi ma contrario alla discesa dell'ovulo, per cui parrebbe evidente che il posto più favorevole all'incontro dell'ovulo coi nemaspermi fosse la parte superiore dell'utero. Egli è ad ogni modo innegabile che la fecondazione possa aver luogo nell'intiero tratto genitale che sta fra la sezione inferiore del corpo uterino e l'ovaio, possibilità dimostrata da numerosi casi. Che se nel caso nostro, partendo dall'ipotesi molto plausibile che il coito fecondante avvenisse poco prima dell'ingresso ed essendosi dimostrato dalle ricerche di Haussman e di Percy la presenza dei nemaspermi capaci di movimento 7 1/2 ad 8 1/2 giorni dopo il coito nella cavità uterina, si volesse ammettere che all'epoca del primo intervento l'ovicino fecondato o non fecondato non fosse ancora pervenuto nella cavità uterina, in questa bisognava pur ammettere fosse annidato in tutte le fasi successive, per cui passò la cura del carcinoma, e le peripezie furono sì gravi anche in seguito da dimostrare quanto scarsa fosse l'eccitabilità dell'utero che non si indusse a contrarsi in tutto il lungo periodo di medicazione dopo il raschiamento delle masse neoplastiche.

Al 6 giugno si ripresenta all' ambulatorio in condizioni veramente floride, non presenta nessun segno di recidiva, ma da qualche giorno avverte qualche dolore che dalle reni si irradia alla regione ipogastrica, dolori che dal giorno innanzi si sono fatti più insistenti. La paziente afferma anche di aver perso un *cucchiaio* d' acqua. Invitata a rientrare all'ospedale, è accolta in sala l'8 giugno. L'esame generale nulla rileva di abnorme, vi è soltanto una ectasia notevole delle vene dei genitali esterni e della radice delle coscie.

Distanza dal pube alla punta sternale	32 cent.
Dal margine superiore del pube al fondo uterino	28 »
» » » » al bellico . . .	18 »
Circonferenza addominale al bellico	90 »

L'estremo cefalico si avverte colla palpazione in alto e a destra, il dorso è rivolto a destra. Il battito cardiaco fetale avvertesi colla massima intensità appena al disotto dell'ombellico sulla linea mediana. Praticando il riscontro vaginale, il dito è arrestato a 5-6 cent. dalla vulva da un infundibolo chiuso da stipato tessuto cicatriziale che si continua in alto con un cordone fibroso. Non è possibile all' esame più diligente e ripetuto riscontrare traccie di orificio. Non è possibile avvertire alcuna parte presentata attraverso la volta cicatriziale accennata. L' utero si contrae frequentemente, il liquido amniotico è in discreta copia, reso evidente e dalla elasticità dell'utero stesso e dalla facilità di ballottare le parti fetali nei momenti di riposo. Non essendo la gravidanza a termine, si amministra l'estratto fluido di viburnum e si prescrivono clisteri laudanizzati onde cercare di far retrocedere il travaglio reso evidente dalla frequenza e dalla durata delle contrazioni. Queste però, dopo pause più o meno lunghe, riprendono ostinatamente; alla mattina del 13 presentano anzi una tale insistenza che avvi pericolo imminente ed occorre prendere una decisione. Il battito cardiaco fetale è sempre regolare, nessuna modificazione per parte della vagina, nessun scolo di liquido amniotico, impossibilità di avvertire attraverso la volta vaginale la parte presentata. Non si potevano seguire che due vie, o praticare il taglio cesareo od estrarre il prodotto del concepimento per le vie naturali. Ma irta di pericoli e difficoltà era questa via, quando si pensi che doveva essere scavata entro uno stipato tessuto cicatriziale che cementava per così dire retto e vescica, facile invece la prima che permetteva di estrarre il feto senza alcuna difficoltà, lasciava fondate speranze di salvezza anche per la madre e concedeva il modo di completare per così dire per la via addominale l' opera curativa iniziata per quella vaginale. Ed è a questo partito che mi appigliai. L'operazione venne praticata il 13 marzo alle 2 pom., col divisamento di esportare l' utero residuo in totalità se

per caso l'esame avesse dimostrato la presenza di nodi neoplastici nella parte alta della cervice uterina. Onde facilitare il compito, contrariamente a quanto praticai in altri casi, incisi le pareti addominali, da un dito al disotto dell'ombellico fino al margine superiore della sinfisi pubica. Tale incisione fu sufficiente per sgusciare l'utero integro. Esplorata quindi diligentemente la cavità addominale per vedere se ci fosse recidiva ganglionare del carcinoma e, risultato negativo l'esame, riunii in parte la breccia addominale mediante sutura provvisoria, ed applicato un laccio elastico sulla cervice uterina ed applicate all'ingiro spugne e flanelle, incisi la parete uterina e ne estrassi feto e placenta. Esplorai quindi la cavità uterina al disopra ed al disotto del laccio elastico e non rilevai alcun segno di recidiva; la cervice uterina si perdeva e si confondeva col tessuto cicatriziale che formava la volta vaginale. Deciso allora all'amputazione utero-ovarica ed al trattamento esterno del peduncolo, e ad un tempo volendo esportare quanto più si poteva di tessuto uterino ed evitare gli stiramenti che potevano derivare al peritoneo pelvico ed agli annessi dal trattamento esterno, legai e separai dall'utero, isolatamente, mediante legature perdute, i legamenti utero-ovarici, i legamenti rotondi, le tube, e il moncone residuo formato dalla sola cervice uterina, segmentai in due parti laterali mediante ago di Kaltenbach munito di cordoncino elastico passato dall'avanti all'indietro, trafiggendo poi l'intiero moncone da destra a sinistra mediante ago lanceolato che doveva assicurarlo all'angolo inferiore della ferita: il peritoneo anteriore e posteriore del moncone venne suturato col peritoneo parietale. La necrosi del moncone che si spinge alquanto al disotto del laccio costrittore poteva assicurare meglio contro una recidiva. In questo caso poteva quindi considerarsi pressochè come completa la demolizione del viscere compiuta in due tempi, dapprima per la vagina col ferro e col caustico, indi per la via addominale col taglio e colla costrizione elastica. Il decorso successivo fu completamente apirettico. Tolti i punti in decima giornata (la sutura era stata fatta con filo di seta, e come di solito comprendendo scrupolosamente tutti gli strati) si vide mancante il coalito completamente negli strati superficiali, fatto questo che per la prima volta si presentava alla mia osservazione. Mediante striscie di garza applicata ai lati dell'addome con collodio, si cercò di rimediare, per quanto era possibile, a tale condizione di cose, mantenendo avvicinate le labbra della ferita. Il moncone cadde in 14.ª giornata e l'infundibolo andò mano mano progressivamente restringendosi. Il lavorio di cicatrizzazione fu lento, e la donna non potè essere dimessa che il 12 agosto.

Il feto, di sesso maschile, estratto vivo, soccombeva alcune ore dopo. Esso pesava 1060 grammi, ed era lungo 40 cent. Gli annessi pesavano 350 grammi. La placenta era inserita in basso.

È interessante seguire ora la nostra ammalata fino alla malattia che ne troncava l'esistenza. Uscita dall'ospedale stette benissimo fino al di-

cembre dello stesso anno, nel qual mese cominciò ad avvertire dolori alla fossa iliaca destra, a tutto il quadrante inferiore addominale e alla coscia del lato corrispondente. Tali dolori si associarono a febbre iniziata con brivido di freddo, febbre che non l'abbandonò più, conservando sempre una certa altezza ed oscillando tra 38. 5 e 40.° Alla febbre, ai dolori che impedivano l'incedere, tenne dietro rapido deperimento dell'organismo, per cui dopo aver durato sofferenze indicibili per due mesi circa, si decise a cercare nuovamente ricovero nel comparto, dove fu accolta il 28 gennaio 1890. Al suo ingresso presentava febbre altissima (39. 4), un estremo grado di emaciamento, i tratti del viso profondamente alterati dalle diuturne sofferenze, il polso a 120, una vasta piaga da decubito alla regione sacrale. Le orine non contenevano albumina. La coscia destra è in adduzione ed in semi flessione, molto tumida alla radice, sono impossibili i movimenti di estensione e di abduzione che provocano atroci dolori, alla fossa iliaca destra si rileva una tumescenza estesa, dolente alla pressione, oscuramente fluttuante. Non si rileva alcun segno di recidiva per la via vaginale. Si fa diagnosi di ascesso profondo iliaco e la puntura con un ago di Pravaz accerta la diagnosi; si sospetta che la formazione dell'ascesso sia probabilmente in nesso colla recidiva, ma si decide ad ogni modo di dar esito alla raccolta marciosa. Nella narcosi cloroformica si pratica il 1.° febbraio una incisione di 6 cent. parallela all'arcata di Poparzio, a partire da un cent. al disotto della spina anteriore superiore dell'ileo: inciso lo strato muscolo-aponeuretico delle pareti addominali, spostata la sierosa, incisa la fascia iliaca, si dà esito a notevole quantità di marcia. Il dito introdotto nella profonda cavità ascessuale non rileva nodi o masse carcinomatose. Drenaggio. Allo svuotamento della profonda sacca marciosa tenne dietro notevole benessere per tre giorni, la radice della coscia si detumefò notevolmente, si rese possibile la estensione e l'abduzione della coscia, la febbre rimise completamente, si ebbe un risveglio dell'appetito. Il giorno 4 ricomincia la febbre con tipo decisamente remittente e qualche volta intermittente, facendo sospettare invasioni secondarie metastatiche; alla mattina la temperatura discende a 38°, alla sera si eleva a 39-39. 5, i brividi di freddo sono frequenti, la depressione delle forze si fa notevole, il subdelirio è continuo, la piaga da decubito assume un aspetto gangrenoso, l'ammalata decombe il 22 febbraio. All'autopsia si rileva una estesa infiltrazione neoplastica del cellulare pelvico che circondava l'uretere destro, infiltrazione delle ghiandole che stanno alla biforcazione dell'iliaca, infiltrazione della parete posteriore della vescica. Il rene destro è convertito in una vasta sacca marciosa, ed è a sua volta adagiato in una sacca marciosa fatta dal cellulare perirenale suppurato. L'apertura dell'ascesso, praticata in vita, a margini verdastri, comunica con un'ampia cavità ascessuale dissecante che in alto si spinge fino agli attacchi superiori dello psoas, in basso si fa strada

nell' articolazione coxo femorale e lungo il terzo superiore del femore, denudando completamente la testa di questo. Nessuna metastasi cancerosa negli organi lontani.

Così, attraverso una lunga iliade di sofferenze, aveva fine la sventurata a cui l' arte aveva dato due volte l' illusione di una guarigione completa.

OSSERVAZIONE II.

E. Isabella, d'anni 38, entra nel comparto la mattina del 31 marzo 1889. Fu mestruata la prima volta a 17 anni. Gravida per la nona volta, ebbe sei parti a termine spontanei naturali e due aborti, uno al 5° mese l'altro a 2 mesi e mezzo. I rispettivi puerperii furono tutti fisiologici. Soffre di emorragie dalla primavera dell'anno antecedente. Al principio dell' inverno *si sospesero* le emorragie, ma furono sostituite da perdite fetide, copiose e da un mese e mezzo vi si aggiunsero dolori a fitte e invito frequente al mingere. Nel febbraio avvertì i moti attivi del feto. Nella notte antecedente al suo ingresso nell' ospedale insorsero contrazioni uterine, si ruppe il sacco delle acque, riprese l'emorragia. L'esame fatto al suo ingresso rileva quanto segue. Condizioni generali discrete, febbre molto elevata, contrazioni uterine valide, frequenti, molto dolorose, perdita sanguigna abbondante molto fetente dai genitali. L' utero piuttosto contratto è obliquato a destra. Colla palpazione addominale si sente il vertice libero allo stretto superiore, il battito cardiaco fetale si avverte colla massima intensità quattro dita al disopra del pube nella linea mediana.

Dal pube allo sterno	30	cent.
Dal pube al bellico	15	»
Circonferenza addominale al bellico .	83	»
Dal pube al fondo uterino	22	»

Il collo uterino trasformato in una massa neoplastica, che occupa tutta la cupola vaginale, è scavato a cratere nella sua parte centrale da cui sporgono nodi e grosse vegetazioni ulcerate sanguinanti. Il dito non avverte che tessuto neoplastico in tutta la estensione del canale cervicale, nel tratto in cui gli è dato di penetrare. La neoformazione arriva tutta all' ingiro fino alla volta vaginale, posteriormente la oltrepassa ed invade un buon tratto della parete vaginale posteriore. L'utero è immobile, a sinistra si avverte un notevole indurimento attraverso la volta vaginale. Le doglie che durano da 24 ore non hanno portato alcuna modificazione al collo nè è presumibile che ne apportino, date le sue condizioni. Si prescrivono intanto irrigazioni frequenti di creolina al 2 0[0

collo scopo di disinfettare la vagina, il collo e le anfrattuosità che stanno fra massa e massa vegetanti dal canale cervicale e dal contorno dell'orifizio esteriore. Alla sera le condizioni locali non sono per nulla mutate, i dolori sono continui, la donna grida e geme, la temperatura sale a 39°, il segmento uterino inferiore si sente assottigliato attraverso le pareti addominali, il battito cardiaco fetale è sempre regolare. A quale partito appigliarsi? In questo caso non era possibile stabilire con esattezza l' epoca della gravidanza poichè era sconosciuto il tempo dell'ultima menstruazione, ma coi dati raccolti mediante la misurazione e la palpazione, si poteva ammettere che il feto avesse raggiunto l'epoca della vitalità fetale. In tale epoca della gravidanza, quando il travaglio non è iniziato ed è possibile ancora l'esportazione dell' utero perchè il neoplasma non ha ancora oltrepassato i confini del viscere ed è quindi concessa una libera scelta, può sorgere il problema se convenga interrompere la gravidanza ed esportare quindi per vaginam l'utero in puerperio ovvero praticare il taglio cesareo e farlo seguire dall' esportazione dell'utero col metodo di Freund. Nel nostro caso invece la via era inesorabilmente tracciata dalle circostanze di fatto; il travaglio era avviato da 24 ore, le membrane erano rotte, il feto era vivo, il carcinoma era così diffuso da non lasciare concepire il pensiero di una esportazione del viscere, e l' ostacolo da esso opposto al parto era stato insuperato e doveva considerarsi come insuperabile anche per l'avvenire. L'unica indicazione formale, evidente, urgente, era di estrarre il prodotto del concepimento. Il Müller così compendia le indicazioni del carcinoma uterino nei parti a termine. « Se è colpito l' uno o l' altro labbro si aspetti. Se l'infiltrazione di grado leggero colpisse tutta quanta la porzione vaginale, sulle prime vale la stessa condotta, se la dilatazione si fa attendere, si pratichino incisioni multiple. A dilatazione sufficiente, se il parto va a rilento, si applichi il forcipe, ovvero si pratichi l'estrazione, se si presenta l' ovoide podalico, o il rivolgimento se la parte presentata è la spalla. Se la neoformazione invade l'intiera cervice e questa è dura non cedevole, è indicato il taglio cesareo seguito dalla estirpazione dell'utero se questa è possibile. Se la massa neoplastica è molle, ulcerata, mobile, conviene esportarla ed attendere, per vedere se ciò renda possibile il parto spontaneo ovvero una facile estrazione. Ma se il cingolo che si oppone al parto rimane stretto, resistente, e il feto è vivo, bisogna rinunciare alla estrazione e praticare il taglio cesareo. La perforazione deve farsi soltanto a feto morto e a sufficiente dilatazione della cervice. » (1)

Nel mio caso, quantunque si trattasse di parto prematuro, non era

---

(1) « Handbuch der Geburtshülfe, herausgegeben von Müller. » II Bd., 2 H., p. 878.

dubbio che solo il taglio cesario potesse lasciare speranza di salvare il feto, pur facendo correre minori pericoli alla madre stessa in confronto della liberazione per le vie naturali, alla quale sarebbe stato preferibile anche a feto morto. Confortato anche dall' avviso autorevole del professor Porro, la sera stessa del 31 marzo, alle 11 1[2 pom. praticai nella cloronarcosi il taglio cesareo, facendolo seguire dall'amputazione utero-ovarica. L' utero venne inciso in sede, il moncone, segmentato in due mediante cordoncino elastico passato dall' avanti all'indietro coll'ago di Kaltenbach, venne fissato all' angolo inferiore della ferita addominale. L'operazione venne complicata dalla fuoruscita, durante i conati di vomito, dell'intiera massa intestinale, la cui riduzione fu alquanto difficile. Il feto di sesso femminile, gravemente asfittico, non potè essere rianimato. Era lungo cent. 42 e pesava 1150 grammi. La placenta pesava 590 grammi.

Riporto dalla storia cubicolare le annotazioni sul decorso successivo.

1 Aprile. Passò la notte tranquillamente, l'aspetto è buono, non ebbe vomito. Lieve meteorismo. Perdita sanguigna modica dai genitali T. 36. P. 80. Alla sera T. 37. Cateterismo ripetuto ogni 6 ore. Irrigazioni vaginali colla soluzione di creolina all'uno per cento.

2 Aprile. Ore 8 ant. Non vomito, poca perdita, accusa un po' di pirosi T. 36, P. 88, ore 3 pom. T. 37. Non vomito, non dolori.

3 Aprile. T. al mattino 36. 5. Il polso invece è più piccolo e più frequente, 100. Cessata la perdita di sangue, ma si hanno dalla vagina perdite fetenti. Alle irrigazioni con creolina che danno un po' di bruciore ai genitali esterni si sostituiscono quelle con sublimato all'uno per duemila. Alla sera T, 36. 7, P. 88. Non dolori, non meteorismo.

4 Aprile. Sempre apirettica, temp. oscillante fra 36. 7 al mattino e 37. 5 alla sera. Il polso sale invece a 108. È più accentuata la depressione delle forze. Misture eccitanti. Irrigazioni ipodermiche di olio canforato.

5 Aprile. Alvi copiosi nella notte e delirio, polsi piccoli, estremità fredde. La temperatura elevata a 38. 2 nella notte, discende alle 5 ant. a 37. 3, risale alle 8 a 39. 3 per ridiscendere alle 12 a 37. 6, si mantiene tale alle 3 pom. Le condizioni generali si fanno più gravi, continua il delirio, il polso si fa sempre più piccolo, quantunque la frequenza massima non ecceda le 110 pulsazioni al minuto. Soccombe lo stesso giorno alle 10 pom.

La medicazione era stata rinnovata due volte senza che l'esame del moncone nulla rivelasse di speciale.

Autopsia. Venne limitata alla cavità addominale. Le anse intestinali lievemente meteoritiche, appaiono un po' congeste e conglutinate da una essudazione fibrinosa scarsa e lassa, l'omento aderisce ma poco tenacemente alla parete addominale anteriore e per una striscia longitudinale che corrisponde alla linea d'incisione laparotomica e che è spalmata di

un essudato denso puriforme. Solo superficialmente si osserva conglutinazione delle anse. Isolato il peduncolo uterino appare che ai contorni di esso e nella tasca anteriore del peritoneo vi è pure uno scarso essudato purulento, mentre nello spazio del Douglas si ha una raccolta sierosa nella quantità di un bicchiere. Il cellulare sottoperitoneale retropubico è infiltrato da liquame purulento e da nodi cancerigni. Isolato l'utero dalle sue fisiologiche connessioni assieme alla parte alta della vagina, riesce evidente come la neoformazione si elevasse oltre all'orificio interno e giungesse fino quasi al punto in cui era stata fatta la strettura del moncone, e si diffondesse al disopra della cupola vaginale entro il cellulare pelvico, qua e là ulcerata, necrosata, formando vacuoli ripieni di fetido liquame e di detriti.

Epicrisi. Peritonite circoscritta secondaria a focolai di decomposizione putrida in grembo alla neoplasia cancerosa.

Il carcinoma uterino è una delle più gravi complicanze del parto sia che si effettui la liberazione per le vie naturali, sia che la diffusione del neoplasma costringa l'ostetrico a praticare il taglio cesareo. L'alto procento di mortalità dato dall'Hermann che aveva raccolto 12 casi di taglio cesareo per carcinoma fino al 1879, colla morte della madre in otto casi, non pare essersi modificato molto favorevolmente malgrado il miglioramento della tecnica ed il maggior rigore dell'antisepsi. Infatti, nel mio lavoro sul taglio cesareo (1) indicavo già tre casi di taglio cesareo per carcinoma (Pritzl, Galabin, Cuzzi) tutti e tre seguiti da morte, ed un quarto (Kehrer), pure seguito da morte, era accolto nelle tavole del lavoro successivo di Truzzi (2). Che se i casi di Leopold (3), di Frank (4), di Lusk (5), furono coronati da esito felice, infausto l'ebbero quelli di Fochier (6), di Merkel (7) e di Krassowsky (8), il quale ultimo,

---

(1) Mangiagalli. « Le più recenti modificazioni del taglio cesareo. » 1884.

(2) Truzzi. « Sulla operazione Porro. » 1884.

(3) Leopold. « Der Kaiserschnitt u. seine Stellung zür Künstlichen Frühgeburt, Wendung u. Perforation. » 1888.

(4) « Bericht über die Verhandl. der gynaek. Sektion der 61 Versammlung Deutscher Naturforscher u. Aerzte zu Köln a. Rh. » *C. f. G.*, N. 52, 1888.

(5) Caruso. *Archiv. f. Gynaek.*, XXXIII, 2.

(6) « Lyon Médical. » 1880, p. 58.

(7) Caruso (l. c.)

(8) Krassowsky. « Kurzer Bericht über die von 16 Oktober 1885 bis zum 1 Januar 1888 ausgeführten Kaiserschnitte in der St. Petersburger Gebäranstalt. » *Archiv. f. G.*, XXXII, 2 H.

sopra cinque tagli cesarei col metodo Porro, ebbe quattro felici successi ed uno infausto nel quale la indicazione era data appunto dal carcinoma. Ad essi va aggiunto il caso da me riportato, l'unico pure dei quattro da me operati in cui abbia avuto esito infausto. I casi invece, in cui la indicazione del taglio cesareo venne offerta dal carcinoma della vagina, sono, a mia conoscenza, tre (Polk (1), Leopold (2), Cook) (3), ma mentre sopra undici casi di taglio cesareo per cancro dell'utero, in otto si ebbe l'esito letale, nei tre casi di cancro vaginale si è avuta in due la guarigione. Degli undici casi accennati, in otto venne praticato il taglio cesareo col metodo Porro (con modificazione riguardo al trattamento del peduncolo nel caso di Frank), in uno (Fochier) l'utero venne esportato in totalità per la via addominale, in due (Lusk-Merkel) venne seguito il procedimento Sänger. Che la prognosi del taglio cesareo, nei casi di carcinoma uterino, sia così infausta, non è punto a fare meraviglia, quando si pensi ai focolai putridi e settici che si hanno in grembo al neoplasma, quando si rifletta quali difficoltà insormontabili si debbano incontrare nella disinfezione di tutte le anfrattuosità della massa cancerigna, e si tenga presente come da quelli possa contaminarsi con tutta facilità la zona peritoneale che circonda il moncone.

A tale riguardo è pure dimostrativa la prognosi diversa tra cancro della vagina e cancro dell'utero rispetto all'esito della operazione cesarea; quanto più è lontano il focolaio neoplastico dal moncone uterino, tanto meno sinistra sarebbe la sua influenza sull'andamento post-operativo. Possiamo sperare di migliorare la prognosi? A quale procedimento daremo noi la precedenza quando ci troviamo nella ineluttabile necessità di ricorrere al taglio cesareo? Due serie di casi devono essere anzitutte distinte, secondochè havvi o no la possibilità di una esportazione totale del neoplasma. Nella prima serie il compito è doppio; non solo dobbiamo aprire una via artificiale al prodotto del concepimento, ma dobbiamo, colla esportazione dell'utero, tentare di guarire la donna dalla infermità che ha cagionato l'intervento dell'ostetrico, la risolutezza dell'ostetrico deve associarsi all'ardimentosa decisione del ginecologo. E anche questo si può fare per due vie, o seduta stante far seguire al

---

(1) Caruso (l. c.)

(2) Leopold (l. c.)

(3) *C. f. Gynæck.*, N. 15, 1886.

taglio cesareo l'esportazione dell'utero per via addominale col metodo Freund, ovvero suturare l'utero col metodo Sänger e varianti e far seguire in puerperio l'esportazione dell'utero puerperale per la via della vagina. Ma questa seconda idea difficilmente potrà trovare seguaci. Prescindendo anche dalla mia convinzione, come vedremo in seguito, che il metodo Porro, riguardo agli esiti immediati, debba preferirsi in massima al metodo conservatore, la stessa probabilità che l'utero contragga aderenze e che il neoplasma si diffonda rapidamente, si opporranno all'adozione di tale partito. Non resta dunque che l'operazione di Freund, ed i pericoli di questa si sommeranno a quelli del taglio cesareo, quantunque, dovendo procedersi alla esportazione totale dell'utero, il semplice taglio cesareo aggraverà di poco i pericoli di questa e la prognosi sarà ad un dipresso quella dell'operazione di Freund.

Nella seconda serie di casi l'*indicatio morbi* è posta da parte, il quesito è semplificato e può così formularsi: dei diversi metodi usati quale dovremo seguire? La maggior parte degli operatori, compreso lo stesso Leopold, che pure lavorò con tanto successo alla diffusione del metodo conservatore, si attennero al metodo Porro e mi sembra razionalmente, e le ragioni le indicai già nel mio lavoro accennato. Un fattore di successo, nel metodo di Sänger e varianti, è costituito indubbiamente dalla possibilità di rendere asettica la superficie interna dell'utero e dalla possibilità che i secreti puerperali abbiano facile egresso dalla cavità uterina. Possiamo noi sperare ciò nei casi diffusi di carcinoma inoperabile che rendono necessario il taglio cesareo, quando il più delle volte masse neoplastiche in sfacelo icorizzate ingombrano il canale cervicale? La statistica non parrebbe confortare il ragionamento, poichè, negli otto casi così trattati, si ebbe una mortalità del 75 0/0, mentre la si ebbe del 50 0/0 nei due casi trattati col metodo Sänger. Ma a nessuno sembrerà lecito il voler fondare delle deduzioni cliniche sopra un così esiguo numero di casi.

Scelto il metodo Porro, la modificazione Müller presenterebbe a tutta prima decisi vantaggi e può presentarli realmente quando si pensi alla maggior facilità con cui si evita il versamento nel cavo peritoneale del contenuto uterino, ma non sempre potrà sembrare attuabile senza pericolo quando si rifletta alle condizioni anatomiche speciali di rigidità, inestensibilità, congiunte a grande friabilità di tessuto che nei casi così detti inoperabili possiamo riscontrare in corrispondenza del canale cer-

vicale, del segmento uterino inferiore, della sierosa e del cellulare pelvico. Riguardo al trattamento del peduncolo la sua fissazione all'angolo inferiore della ferita offre ancora, a non dubitarne, le maggiori garanzie di successo. Il procedimento, seguito da Frank di arrovesciarlo in vagina, lascia molto dubbiosi che il caso che si prestò così brillantemente alla sua attuazione, appartenesse realmente alla categoria degli inoperabili, della quale io m'intrattengo e nei quali certo nessuno si lascierà sedurre dall'esito avuto da Frank e vorrà imitarne l'esempio.

Un' ultima considerazione suggeritami dal caso da me osservato è questa che anche la scelta più saggia del metodo operatorio non valga molto a migliorare la prognosi del taglio cesareo, praticato nelle circostanze accennate, poichè sono convinto che il pericolo risiede nel focolaio putrido e settico, posto in grande vicinanza del peduncolo e che soltanto la sua rimozione potrà fare migliorare la prognosi. Ma poichè è evidente che le semplici irrigazioni disinfettanti anche ripetute non possono essere sufficienti, perchè non dovremo noi, in ogni caso di carcinoma uterino, così diffuso da essere inoperabile e da richiedere il taglio cesareo, e così ulcerato da costituire una fonte di pericolo, non dovremo noi far precedere sempre un generoso raschiamento? Esso mentre non può presentare gravi pericoli, potendo il tamponamento colla garza iodoformica, la forcipressura, le legature, il ferrum candens dominare l'eventuale emorragia, ci illuminerà meglio sulla entità dell'ostacolo meccanico al parto e potrà servire a rimuovere una delle cause che certo contribuiscono ad aggravare la mortalità del taglio cesareo eseguito per carcinoma. Tale raschiamento preliminare potrà anche togliere gli svantaggi del metodo Sänger in confronto del metodo Porro, permettendo di praticare il drenaggio utero-vaginale e mettendo la ferita uterina in condizioni favorevoli per il suo rimarginamento.

I primi 15 mesi del Comparto Ostetrico-Ginecologico
dell'Ospedale Maggiore di Milano
DIRETTO DAL PROF. **LUIGI MANGIAGALLI**

Ottobre 1888 - Dicembre 1889

RENDICONTO CLINICO

DEL DOTTOR CARLO DECIO, MEDICO ASSISTENTE

(Continuazione, vedi pag. 89).

CLASSE II. — Malattie della vagina.

A. *Anomalie di prima formazione.* 1. Mancanza di vagina, utero rudimentale od assente — 2. Atresia della parte alta della vagina — 3. Atresia imenale con ematocalpo ed ematometra. — **B.** *Cicatrici vaginali, 1.* — **C.** *Vaginite, 2.* — **D.** *Tumori, 3.* — **E.** *Cisti gassose della vagina, 1.* — **F.** *Prolassi vagino uterini, 30.*

A. Anomalie di prima formazione.

1. *Mancanza della vagina, utero rudimentale od assente.* — 28. 10. 88. Anni 21. Contadina, nubile. Costituzione generale ottima, e non priva di una certa quale avvenenza. Non apparvero mai le mestruazioni, tuttavia non sofferse turbe riferibili alla sfera genitale. L'esame del petto è negativo. Le mammelle ben sviluppate offrono un'areola marcatissima cosparsa di tubercoli di Montgomery. Il capezzolo è erettile e ben conformato. Negativo l'esame del cuore, dei visceri ipocondriaci e dell'addome. Pelvi lievemente, regolarmente e generalmente ristretta. Esame della narcosi cloroformica: genitali esterni normalmente conformati, mancanza della vagina, nessun segno di raccolta di sangue menstruale nella sezione superiore dell'apparato genitale.

Introdotto un catetere in vescica e l'indice nel retto, nulla si sente che anche lontanamente possa raffigurare l'utero, sibbene una espansione membranacea rigonfia alquanto nella sua parte centrale che si dirige trasversalmente assottigliandosi, facendo capo a sinistra ad un corpicciuolo grande come un fagiuolo, ed a destra ad un altro grande quanto un pisello.

2. *Atresia della parte alta della vagina, per sepimento trasversale con raccolta sanguigna fra questo e l'utero.* — 24. 9. 89. Anni 32. Cameriera, nubile. Menstruata a 16 anni con molti dolori la prima volta. Alla seconda ricorrenza insorsero disturbi gravi, talchè riparò all' Ospedale di Cremona ove venne operata da Ciniselli. Non si potè sapere dalla paziente quale operazione abbia subito, solo essa sa dire che i mestrui dopo fluivano solo con modici dolori, i quali però mano mano col volgere degli anni s' andarono aumentando, talchè dopo l' ultima mestruazione occorsa al giorno 5 settembre p. p. prostrata dalle sofferenze, si decise ad entrare in comparto. Nulla di speciale offre all'esame generale. La palpazione addominale dolorosa anche se lieve. Non si riscontra traccia di collo uterino, ma in fondo alla vagina esiste un piccolo foro attraverso cui la sonda si impegna per 5 cent. Dopo il cateterismo escono mucosità e coaguli sanguigni. Coll'esame combinato addomino vaginale, al disopra della volta vaginale si avverte come una tumescenza pastosa a contorni indeterminati. Si introducono coni di laminaria a scopo dilatante attraverso la piccola apertura accennata, ed il giorno 8 ottobre, nella narcosi, forzando col dito l'apertura dilatata dalla laminaria si può accertare che dietro il primo cingolo, che sembra finire la volta vaginale, esiste una concamerazione piccola ed alla parte alta di questa un orificio che è quello del canal cervicale. La concamerazione è assai irregolare e come divisa dalla vagina da un diaframma poco pronunciato irregolare. Con un bistourì se ne fa lo sbrigliamento cui si fa seguire un tamponamento con garza iodoformica. Nei dì successivi insorgono lievi fenomeni di perimetrite. Alfine il 26 ottobre, fattasi apiretica, comincia ad alzarsi, e cessato ogni disturbo, essendo l'apertura fatta tuttora larga da permettere il tocco della bocca uterina, viene il giorno 8. 11 dimessa. In questo caso adunque la raccolta sanguigna si faceva tra l'utero ed il diaframma che occludeva la vagina incompletamente nel suo 3.° superiore e che molto probabilmente era stato prima inciso in una precedente operazione.

3. *Atresia imenale con ematocolpo ed ematometra.* — 11. 2. 89. Anni 17. Domestica, nubile. Non le apparvero mai le mestruazioni, quantunque da un anno provasse dolori periodici che si erano andati sempre accentuando di mese in mese. Lieve colorazione della linea alba. Tumescenza piriforme suscettibile di movimenti di lateralità, che dal pube si eleva fino alla cicatrice ombellicale. Non vi ha senso di fluttuazione; l'ascoltazione è negativa.

Conformazione regolare del monte di Venere, delle grandi e piccole labbra, del perineo, clitoride e meato urinario. Tra le piccole labbra, sporge una tumescenza della grandezza di una noce, elastica, fluttuante delimitata dall'imene impervio su cui serpeggia una rete vascolare. Previa disinfezione dei genitali esterni si praticò la incisione dell'imene, espor-

tandone un disco, e si lasciò fluire lentamente il contenuto di colore e consistenza picea. Durante l'atto operativo la paziente diede in ismanie mostrando una certa qual tendenza alla sincope, la quale si rese sempre più manifesta mano mano che il liquido fuorusciva. Praticata una iniezione di morfina, non si fece alcun consecutivo maneggio, si pose la ragazza nel più assoluto riposo, collocando cuscinetti di garza iodoformica al davanti dei genitali, cambiandoli di tanto in tanto, mano mano che s'imbevevano di sangue. Lo stillicidio cessò dopo due giorni con progressiva diminuzione dell'addome. Decorso apiretico.

B. Cicatrici vaginali multiple.

12. 12. 89. VII para, 47 anni: l'ultimo parto datava da 21 anni e fu spontaneo come i precedenti. Si lagna di mestruazioni dolorose, ma sopratutto accusa una serie di disturbi di indole isterica. L'utero è retroposto e retroverso, il collo è incapucciato da sepimenti cicatriziali che dalla parete vaginale posteriore, e da quelle laterali, convergono ad esso. Nella narcosi cloroformica viene praticata la rottura delle briglie, e la riduzione dell'utero retroverso. Una cosa degna di essere notata fu questa, che la lacerazione delle dette briglie mise a scoperto la piega peritoneale di Douglas, la qual fece ernia in vagina. Si introdusse un tampone di garza iodoformica posteriormente in vagina, sollevando così la plica sierosa e mantenendo l'utero allontanato dall'arco pelvico posteriore. Nessuna reazione consecutiva. Non fu osservato miglioramento delle turbe nervose, e le aderenze e la retroversione ben presto si ripristinarono.

C. Vaginite.

Furono 3 casi; due, di origine blenorragica e nel terzo la affezione fu causata da prolungata permanenza di un pessario in donna di 64 anni.

D. Tumori della vagina.

Si osservarono due casi di cisti vaginali ed uno di cancro primitivo. Un caso di cisti vaginale fu già oggetto di un lavoro (1) del Dott. E. Curatulo, per la qual cosa io mi limiterò qui solo a ripetere come la paziente, operata col metodo di Schroeder, guarisse sollecitamente. Fra le molte ipotesi messe in campo sull'origine di tali cisti, Curatulo si mostra partigiano di quella che sostiene la introflessione della mucosa vaginale

(1) « A proposito di un caso di grossa cisti della vagina. » *Morgagni,* aprile 1889.

(Winckel), basandosi sopra indagini microscopiche istituite sopra i lembi della cisti escisa.

2. *Cisti vaginale laterale sinistra suppurata, complicante la gravidanza al terzo mese.* — 30. 12. 89. Donna di 27 anni. Nulla di speciale nell'anamnesi remota. Sospensione mestruale da 3 mesi, cui corrisponde proporzionato aumento uterino e gli altri segni razionali della gravidanza. Accusa lievi dolori, e perdita marciosa dai genitali. La parete vaginale anteriore e laterale sinistra sporge nel lume del canale vaginale come spinta da una tumescenza ovoidea della grandezza di un uovo di dindo applicata alla parete pelvica. A stento si raggiunge il collo uterino, la marcia esce da una piccola apertura al terzo inferiore della cisti, che si spacca ampiamente. Escì quantità considerevole di pus. Guarigione senza interruzione della gravidanza.

3. *Epitelioma della vagina.* — 1. 11. 89. Anni 64. Menopausa a 44 anni, III para. Da tempo perdite miste scarse e dolori al basso ventre. La vagina è cosparsa di rilevatezze scabre, dure, specialmente sulle pareti posteriori. La diagnosi clinica venne convalidata dall'esame microscopico di un nodo esciso. La paziente non volle essere operata.

E. Cisti gazzose della vagina.

L'unico caso osservato venne collocato in una rubrica speciale perchè non è fatto l'accordo dai ginecologi sulla genesi e sulla natura ancora oscurissima di simili cisti (Mangiagalli. *Sulle cisti gazzose della vagina* « *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* 1886). »

20. 10. 89, d'anni 41, IV para, venne accolta per disordini menstruali: l'esame collo speculum fece rilevare nella parete vaginale anteriore in vicinanza del collo una cisti grossa come una piccola nocciola, trasparentissima che punta crepitò e si afflosciò. Partì 3 giorni dopo.

F. Prolassi vagino-uterini.

Fu dopo che l'Huguier pubblicò la dotta memoria sugli allungamenti ipertrofici del collo uterino (1), che nei trattati di Ginecologia si incominciò a comprendere in un solo studio il prolasso vaginale colle ipertrofie ed i prolassi uterini. Non è qui il luogo per intrattenermi dello studio eziologico dei prolassi vagino-uterini e delle loro molteplici asso-

(1) Huguier. « Mémoire sur les allongements hypertrophiques, etc. » Paris 1860.

ciazioni. Solo dirò che dall'esame di quanto verrò esponendo in seguito potrà sorgere il dubbio che taluni casi della 3.ª classe siano generati secondo l'ipotesi dell'Huguier (ipertrofia primaria e secondario prolasso).

I prolassi nel senso lato della parola, forse appunto perchè ingenerati da cause diverse ed osservati in istadi differenti, offrono una svariata maniera di appalesarsi, che rese maggiormente difficile la loro classificazione, talchè, ed a ragione, il Fritsch (1) lamenta la comune denominazione di *prolasso,* insufficiente a precisare le singole fisionomie e le numerose complicazioni cui esso può andare unito. Infatti, stando alla teoria di coloro i quali ammettono come fatto primitivo e principale il prolasso delle pareti vaginali, di leggieri si comprende, come infinite ne debbano essere le manifestazioni. Il primo grado sarebbe il prolasso della metà inferiore della parete vaginale anteriore, come il più frequente, ed originato dalla distensione dei tessuti all'atto del parto e dallo sforzo fisiologico necessario al mitto; la resistenza diminuita dovuta a lacerazioni perinali, complete o parziali, agevolerebbero ognora più la produzione del prolasso in discorso e del cistocele.

Da questo grado si passerebbe ai successivi lentamente o in modo rapido a seconda delle circostanze. In tali condizioni di cose l'utero o non è trattenuto in alto per insufficienza dei legamenti, o per mancata resistenza del perineo, ed allora abbiamo i prolassi utero-vaginali semplici, od è trattenuto in alto, ed a seconda che è stirato avremo le diverse modalità delle ipertrofie del collo, se pure queste non insorgono indipendentemente dalla causa accennata.

Nell'esame dei casi osservati nel comparto io ho così diviso i prolassi vagino-uterini, partendo dai più semplici per salire ai più complessi:

Prolassi vagino-uterini	Semplici senza ipertrofia del collo	della parete vaginale anteriore.
		delle pareti vaginali anteriori e posteriori.
	Complicati	ad ipertrofia della porzione vaginale media; prolasso della parete vaginale anteriore.
		ad ipertrofia della porzione sopravaginale; prolasso delle pareti vaginali anter. e poster.

(1) « Enciclop. di Pat. Chir. Pitha e Billroth. »

TAVOLA I. — **Prolassi vagino-uterini senza ipertrofie.**

Osservazioni N.	Età. Professione. Parti antecedenti e particolarità relative	Epoca del prolasso. Cause riferite. Cure pregresse	Stato dell'utero vescica, retto e perineo	Operazioni subìte	Materiale di Sutura e Coalito	Esito ed Osservazioni
1.	Anni 20 servente I parto	un anno — sforzi	L'utero misura 6 cent. Perineo 3 cent.	Colporafia anter. a 2 piani.	Catgut. Coalito perfetto	L'esito fu soddisfacente; non si ebbero più notizie. Uscì il 21. 2. 88.
2.	Anni 73 casalinga VII para	12 anni pessario	Prolasso parete vag. ant. Non indicati i particolari dell'utero.	—	—	Non opportuna la operazione. Uscì il 1. 3. 89.
3.	Anni 48 setaiola IV para ultimo parto da 20 anni	6 mesi	Utero cent. 7, perineo appena intaccato.	Colporafia anteriore a 2 piani.	Catgut. Mancò in piccola parte il coalito superficiale.	Non si ebbero più notizie. Uscì il 24. 7. 89.
4.	Anni 52 contadina V para	16 anni pessario	Prolasso parete vag. ant.	Colporafia anteriore a 2 piani.	Catgut. La sutura superficiale si allentò in basso.	Idem. Uscì il 22. 9. 89.
5.	Anni 23 contadina I para	13 mesi. Si alzò in III giornata di puerperio.	Prolasso parete vag. ant.	Si rifiutò.	—	Uscì il 17. 11. 89.
6.	Anni 60 casalinga VII para parti tutti podalici	40 anni cioè dopo il I parto pessario	Cistocele considerevole. Utero 6 cent.	Colporafia anteriore a 2 piani.	Catgut profondamente. Seta per la sutura superficiale.	Esito immediato, ottimo. Fino ai primi di febbraio 1890, condizioni buone. Uscì 9. 10. 88.
7.	Anni 26 contadina II para	Dopo il I parto	Cistocele, rettocele. Utero 7 1|2. Perineo integro.	Colporafia anteriore a 2 piani.	Catgut profondamente e seta superficialm. Coalito ottimo.	Si rifiutò alla colporafia poster. che s'intendeva di fare in una II seduta. Uscì il 17. 11. 89.
8.	Anni 40 contadina VII para	Dopo il I corsa rap. in IV dì di puerperio. Pess. da 12 anni.	Cistocele. Rettocele. Perineo un po' intaccato.	Si rifiutò alla operazione.	—	Uscì il 31. 7. 89.
9.	Anni 32 contadina VII para	Non indicato	Collo uterino di lunghezza normale.	Nessuna.	—	Gravida al secondo mese. Uscì il 24. 11. 88.
10.	Anni 59 servente	—	Atrofia senile dell'utero.	—	—	Non opport. l'operaz. per le condiz. gen. Uscì il 21. 3. 89.
11.	Anni 50 setaiola V para	Da 24 anni cioè dopo il I parto per sforzi eseguiti in puerperio.	Vagina profondamente ulcerata dal pessario.	Si rifiutò alla operazione.	—	Uscì il 17. 11. 89.

TAVOLA II. — Prolassi della parete vaginale anteriore con ipertrofia della porzione media del collo uterino.

Osservazioni N.	Età. Professione. Parti antecedenti e particolarità relative	Epoca del prolasso. Cause riferite. Cure pregresse	Stato dell'utero vescica, retto e perineo	Operazioni subìte	Materiale di Sutura e Coalito	Esito ed Osservazioni
12.	Anni 28 operaia Pluripara ultimo parto da un anno	da 3 anni	Prolasso della parete vagin. ant. Cistocele. Ipertrof. della porz. media. Cateterismo 11. Fornice post. normale. Perineo integro.	Colporafia anteriore a 2 piani.	Catgut. Coalito buono.	Utero ridotto a centimet. 6 1[2. La donna era nutrice. Uscì il 17. 1. 89. Non fu più vista.
13.	Anni 30 portinaia V para ultimo parto settimestre, manuale per placenta previa	da 4 mesi cioè dopo l'ultimo parto	Prolasso parete vag. ant. Cateter. 97 mill. Perineo integro.	Colporafia anteriore a 2 piani. Amputazione vaginale del collo.	Catgut. Seta. Coalito buono.	Utero ridotto, uscì il 29. 5. 89 a prolasso guarito. Fu veduta all'ambulatorio. Il prolasso della parete vag. anter. tende a rifarsi.
14.	Anni 56 contadina X para ultimo parto 10 anni fa	da un anno	Prolasso della parete vagin. ant. Ipertrof. della porzione media. Cateterismo 10. Fornice post. normale.	Colporafia anteriore a 2 piani.	Catgut. Coalito incompleto.	L' utero dopo 10 giorni erasi ridotto a 7 centimetri, il prolasso scomparso, 25 giorni dopo della operazione, quando cioè uscì la malata (19. 6. 89) l' utero misur. cent. 3 3[4.
15.	Anni 48 casalinga 8 parti ultimo da 10 anni	da 2 anni	Prolasso parete vag. ant. Ipertrof. della porzione vagin. e media del collo. Utero retroverso, sonda 9 cent.	Colporafia anteriore a 2 piani. Amputazione vaginale del collo.	Catgut. Coalito buono. Seta. Coalito buono.	La malata uscì il 19. 5. 89, in ottimo stato. L'utero due mesi dopo misurava 7 cent.
16.	Anni 38 casalinga V para ultimo da 5 anni. I due ultimi furon manuali per rivolgimento	5 anni	Prolasso della parete vagin. anter. e lieve della parte alta della poster. Ipertrofia della porzione media. Cateterismo centim. 9. Ectropion. Laceraz. perin.	Colporaf. ant. Amputazione vaginale del collo. Colpoperineorafia Hegar.	Catgut. Coalito in parte mancato. Seta, buono. Seta. Coalito buono.	L' utero si ridusse a 6 cent., uscì il 7. 7. 89. Dopo due mesi si ripristinò il prolasso della parete vagin. ant. Ritornò all' Osped., fu operata di colpo-perineorafia alla Hegar. Esito buono. A tutto febbr. p. p. nessun disturbo.
17.	Anni 54 servente IV para. Parti normali	6 mesi per tosse ostinata (?)	Prolasso della parete vagin. ant. Ipertrofia della porzione media. Cateterismo 8 cent. Laceraz. parziale del perin.	Colporaf. ant. Amputazione vaginale del collo.	Seta. Coalito ottimo. Seta.	Risultato prossimo perfetto. Usciva il 14. 18. 89.

TAVOLA III. — **Prolassi delle pareti vaginali anteriore e posteriore con ipertrofia della porzione sopravaginale del collo uterino.**

Osservazioni N.	Età. Professione. Parti antecedenti e particolarità relative	Epoca del prolasso. Cause riferite. Cure pregresse	Stato dell'utero vescica, retto e perineo	Operazioni subìte	Materiale di Sutura e Coalito	Esito ed Osservazioni
18.	Anni 34 Contadina III para	3 anni, cioè dopo il II parto. Pessar. mal tollerato.	Ipertrofia della porz. sopravaginale. Cateterismo 14 cent. Cistocele, rettocele. Perin. 3 cent.	Amputaz. sopravag. del collo. Colporafia anter. e poster. Perineorafia Lawson Tait.	Seta — ottimo. Catgut — mediocre. Seta - argento, buono.	Uscì dall'ospedale in buone condizioni: sei mesi dopo il prolasso erasi completamente ripristinato. Il cateterismo uterino misurava 12 centimetri — il 13 novembre 89 fu operata di isterectomia vaginale. Uscì guarita, se non che ad onta della vasta resezione vaginale, fu operata in seguito di colporafia posteriore.
19.	Anni 27 Contadina VII para. Morboso l'ultimo puerperio	Non indicato	Lieve ipertrofia della porzione sopravag. Prolasso della parete vag. ant. e post. Catet. 8 1[2. Perineo intaccato.	Colporafia anteriore.	Catgut. Si allentò un punto.	Esito soddisfacente. Non si ebbero più notizie.
20.	Anni 48 Contadina VIII para 10. 1. 89	Dopo il IV parto	Ipertrofia della porz. sopravagin. Cateteris. cent. 9. Utero retroflesso. Cistocele, rettocele. Perineo integro.	Colporafia anteriore. Colporafia posteriore.	Catgut. Mancò il coalito per 1[5. Seta, buono.	Esito prossimo soddisfacente. Il prolasso si ripristinò dopo un anno.
21.	Anni 48 Servente V para ultimo da 15 anni. Uscì 31. 1. 89	Da 2 anni. Pessario	Lieve ipertrofia della porz. soprav. Prolasso parete ant. e post. Cistocele. Cateterismo cent. 8. Perineo e forchetta integri.	Colporafia anteriore. Colporafia posteriore. Colporafia posteriore.	Catgut. mancò in parte. Seta sottilissima recise in parte il tessuto. Seta grossa. — Coalito buono.	Soddisfacente il risultato prossimo, ma il prolasso residuò dopo 5 mesi, dal maggio p. p. non si ebbero più notizie.
22.	Anni 36 Contadina IV para ultimo da 9 mesi	Dopo il I parto	Lieve ipertrofia della porzione sopravag. Prolasso della parete vag. ant. Cistocele. Cateter. cent. 8. Perin. intacc.	Colporafia anteriore. Colporafia anteriore.	Catgut. Coalito mancato. Catgut e seta. Coalito buono.	L'esito prossimo fu soddisfacente. A tutt'oggi la parete vaginale ant. è in posto. Uscì il 17. 11. 89.
23.	Anni 50 Contadina un parto 19 anni fa	Da 5 anni lentamente	Ipertrofia della porz. soprav. Prolasso compl. delle pareti vag. Cistocele. Catet. 10 cent.	—	—	Rifiutò ogni intervento. Uscì il 30. 6. 89.

N. Osservazioni	Età. Professione. Parti antecedenti e particolarità relative	Epoca del prolasso. Cause riferite. Cure pregresse	Stato dell'utero vescica, retto e perineo	Operazioni subìte	Materiale di Sutura e Coalito	Esito ed Osservazioni
24.	Anni 51 Contadina IV para ultimo da 12 anni	Dopo il II parto. Pessario da 5 anni	Ipertrofia della porz. sopravag. (Cisti ovar. con perimetrite o piosalpinge ?).	—	—	Non opportuno l'intervento operat. per la perimetrite. Non si ebbero più notizie.
25.	Anni 30 Cameriera II para	Pessario	Notevole ipertr. della porzione sopravag. del collo. Prolasso completo della vagina. Cateterismo 13 cent. Cistocele, rettocele. Perineo di un cent.	Amputaz. sopravag. Colporafia ant.	Seta, buono. Catgut. Mediocre il coalito.	A brevi intervalli la ammalata ritornò per ben 3 volte. Nella I fu operata di perineorafia Lawson Tait. Nella II di colporafia post. complement. e nella III di colporaf. antero later. destra. Usciva da ultimo il 6. 7.89, non fu più rived.
26.	Anni 38 Domestica *Nullipara*	Da un mese senza causa alcuna	Notevole ipertr. della porzione sopravag. Prolasso completo della vag. Cistocele rettocele. Cateterismo 113 millim. Perineo integr.	Amputaz. sopravag. Colporafie bilaterali.	Seta. Coalito buono.	Dopo 2 mesi residuò il prolasso, per la qual cosa ritornò all'osp. ove subì una colpor. ant. e post. Ad onta delle multiple operaz. di plastica, l'utero si rese di nuovo ipertrofico ed in notevole grado. Il prolasso si ripristinò complet. Venne operata di isterect. vagin. Guarigione.
27.	Anni 51 Cameriera V para ultimo 22 anni fa	Da 7 mesi in seguito a sforzi	Ipertrofia sopravag. Prolasso delle pareti anter. e post. Cateter. c. 8 1[2. Perin. integro.	—	—	Poco propensa a subire un atto operat., fu mandata in sala med. per prevalente forma gastrica. Non fu più vista.
28.	Anni 49 Casalinga un parto 22 anni fa	Da un anno	Consider. ipertr. della porz. soprav. Prolasso completo delle pareti vag. Cistoc. rettocele. Catet. 12 cent. Perineo lievemente intacc.	Isterectomia vaginale.	—	Guarigione. Uscì il 9. 2. 90.
29.	Anni 37 Contadina VI para ultimo parto da 26 anni	Da 26 anni cioè dopo il I parto	Ipertrofia della porz. sopravag. Prolasso della parete vag. ant. e post. Cistoc. rettoc. Cateter. 10 cent. Perineo di 3 cent.	—	—	Passò in sala med. per prevalente forma bronchiale. 16. 4. 89.
30.	Anni 60 Contadina IX para ultimo da 19 anni	Da 19 anni	Prolasso compl. Cistoc. enorme. Il tumore misura centim. 12, protrude dai genitali ed è ulcerato. Irreducibile. Perineo integro.	—	—	Nel tempo della sua degenza, nel mentre che si attendeva la guarig. delle ulceraz. il riposo permise la riduz. dell'utero, dopo di che la paziente si rifiutò a qualsiasi atto operativo. Uscì il 12. 1. 90.

Esaminiamo ora le tavole che riassumono i dati principali riferibili alle osservazioni di prolasso. Eccettuate 2 sole osservazioni (26.ª, 10.ª), in cui, in una la donna era nullipara, e nell'altra non venne notata la storia sessuale, la massima parte appartiene a donne pluripare.

Numero delle Gravidanze	Numero delle donne
I pare	5
II pare	2
III pare	1
IV pare	4
V pare	5
VI pare	3
VII pare	3
VIII pare	3
IX pare	1
X pare	1
Nullipare	1
Non indicato	1
Totale . . .	30

Dando uno sguardo al rapporto che corre tra l'epoca dell'insorgere del prolasso ed il numero dei parti, emerge che il prolasso (vaginale) spesse volte è consecutivo al primo, e solo dopo molti anni si aggrava col succedersi di ulteriori gravidanze: altre volte invece, e quivi entriamo nel dominio dei prolassi appartenenti alla 2.ª e 3.ª tavola, questo si manifesta dopo parecchie gravidanze, senza che prima alcun disturbo sia notato, tale da lasciare sospetto della esistenza di un prolasso parziale della vagina.

Esaminiamo più dettagliatamente questo particolare. Ho detto che nei prolassi appartenenti alla 1.ª tavola troviamo frequente il loro insorgere subito dopo il primo parto. Sopra undici ne troviamo sei; nella seconda nessuno, e nella terza (fatta astrazione della osservazione 26.ª donna nullipara) abbiamo l'insorgere della malattia dopo il primo parto solo due volte sopra dodici (osservazione 22.ª 29.ª)

Ora se dai detti casi citati (della 1ª tavola) si tolgono due apparte-

nenti a primipare di fresca data, vediamo nei quattro rimanenti il prolasso originato dopo il primo parto datare:

una volta	da	40 anni	in donna	VII para	d'anni	60
»	»	24	»	V para	»	50
»	non	indicato	»	VI para	»	40
»	»	»	»	II para	»	26

Nella storia di questi quattro casi, trovo che le donne portavano da tempo il pessario e solo da poco si era reso inefficace tale sussidio, forse anche perchè non idoneo o reso insufficiente. In questa prima classe adunque abbiamo la prevalenza dell'inizio della malattia subito dopo il primo parto, troviamo che l'affezione è portata lungo tempo senza dar luogo a gravi disturbi ed a complicazioni, e specialmente ciò accadde in quelle donne che usarono il pessario. Questo fatto verrebbe a concedere al sussidio ortopedico una certa quale efficacia poichè il grado di alterazione e dell'utero e della vagina non era considerevole, ad onta del remoto inizio, e si era prodotto lentamente, a dispetto delle faticose professioni cui erano obbligate le donne, costrette certamente ad occuparsi delle loro creature anche nelle prime giornate di puerperio. Ciò concorderebbe appieno colla teoria più generalmente accettata riguardo alla genesi della ipertrofia longitudinale del collo: sostenute le pareti vaginali, il collo non è stirato e le sue parti non si allungano o non cadono in preda ad ipertrofia; il prolasso sarebbe rimasto quale fu al principio o si sarebbe accentuato col ripetersi delle gravidanze per l'impoverimento di tutta la economia, per le privazioni, pei lavori faticosi ecc. Una prova che il pessario non sia stato inutile è dimostrata dal fatto che le donne, e quelle che lo portarono furono trovate essere le più attempate, non ricorsero all'arte che molto tardivamente e dopo lungo tempo dacchè lo portavano.

Nei prolassi complicati ad ipertrofia della porzione media del collo uterino (casi 6) registro il fatto che non ve ne fu uno solo, che sia iniziato dopo il primo parto. Quivi le donne appaiono tutte pluripare, il prolasso ha una data relativamente recente, appare senza cause manifeste, in modo piuttosto bizzarro, e l'allungamento cervicale non è per nulla proporzionato alla età del prolasso stesso. In nessuna delle sei osservazioni è notato che le donne abbiano ricorso al pessario.

Nei prolassi con ipertrofia della porzione sopra vaginale (13 casi)

la irregolarità sul tempo dell'inizio è ancora più manifesta, e solo due volte l'affezione è consecutiva al primo parto. Degne di nota sono le 2 osservazioni (23ª, 28ª) in cui il prolasso non può certo invocare come causa la unica e lontana gravidanza e l'altra (N. 26) in donna nullipara.

Numero delle gravidanze	N. delle donne	Epoche dei parti	Inizio del prolasso	Età del prolasso
Nullipare . . .	1		un mese	un mese
Pluripare — I pare	2	20 anni fa 19 » »	un anno 5 anni	un anno un anno
II pare	1	?	?	?
III pare	1	. . . . .	dopo il 2º parto	3 anni
IV pare	2	. . . . . . ultimo da 12 anni	dopo il 1º parto dopo il 2º parto	? per lo meno 13 anni
V pare	2	ultimo da 18 anni ultimo da 22 anni		2 anni 7 mesi
VI pare	1	I parto da 36 anni	dopo il 1º parto	36 anni
VII pare	1	?	?	?
VIII pare	1	. . . . .	dopo il 4º parto	
IX pare	1	ultimo da 19 anni	dopo l'ultimo	19 anni
	13			

Se veniamo ad esaminare le cause riferite dalle pazienti, troviamo per la prima categoria queste essere notate, tre volte sopra undici casi, come *sforzi eseguiti nelle prime giornate del puerperio,* per la seconda una volta su sei, *tosse ostinata,* per la terza categoria di 13 casi solo una osservazione porta una causa presunta, *in isforzi eseguiti dopo 22 anni dall'ultimo parto.* Se guardiamo alle complicazioni dei parti come cause occasionali, troviamo nella prima classe una donna che partorì sempre

feti in presentazione podalica, nella seconda due volte è notato il rivolgimento, e nella terza nessuno accidente è riferito.

Un fatto è da registrare, e cioè che in una sola osservazione della terza categoria fu notata una causa (osserv. 27) e questa appartiene ad una donna che vide iniziare il prolasso 22 anni dopo l'ultimo parto.

Un fattore molto invocato nella genesi dei prolassi è quello della lacerazione parziale e completa del perineo. Riguardo a questo punto non posso portare alcun dato positivo; però furon visti casi di prolasso completo senza la benchè minima lacerazione della forchetta, e per converso donne portanti estese lacerazioni perineali antiche, non essere minimamente affette da prolasso neppure allo stato iniziale. Ciò abbiamo avuto campo di registrare specialmente all'ambulatorio, per la qual cosa al fatto della lacerazione perineale, per sè come fatto isolato, molte volte io credo non può attribuirsi che una relativa importanza.

Ed ora qualche parola sulle operazioni eseguite. Esse furono sempre circondate da quelle cautele antisettiche, che sono di regola in ogni atto operativo, per la qual cosa non si ebbero mai a lamentare accidenti spiacevoli. Solo che il coalito fu visto parecchie volte mancare parzialmente e nello strato superficiale, nella sutura a piani, quando si fece uso di catgut, mentre la seta diede quasi senza eccezione ottimo risultato. Il catgut adoperato fu quello che si trova in commercio conservato nell'olio di ginepro e che nel comparto viene immerso nella soluzione di sublimato corrosivo al 2 per mille in alcool assoluto.

Lo Schroeder, nel suo trattato di Ginecologia, è d'avviso che nelle colporafie posteriori, qualora si usi il catgut, nella sutura superficiale sia necessario rinforzarla con qualche punto di seta, atteso che il catgut cede troppo presto, ma che nella colporafia anteriore ciò sia inutile, in grazia del tamponamento vaginale. Il prof. Mangiagalli per le colporafie posteriori preferì quasi sempre l'impiego della seta, facendo con questa suture profonde e superficiali, il catgut invece venne come dissi usato a preferenza nelle colporafie anteriori. Ma anche in questi casi ebbe a convincersi della utilità di aggiungere qualche punto di seta superficiale, in genere tre.

Quando nelle colporafie anteriori la sutura superficiale fu praticata intieramente con seta, si ottenne una adesione perfetta, uniforme, solida, tenace, che se una volta si vide anche in tale circostanza parzialmente riuscir vano l'affrontamento, ciò fu perchè venne impiegata della seta

troppo sottile che lacerò il tessuto. Ed i migliori risultati ottenuti colla seta (sutura profonda e superficiale) lo fanno attualmente più partigiano di questo materiale di sutura che non del catgut, quantunque sia innegabile che con questo, mediante la sutura continua, si guadagni notevolmente in tempo e si possano riunire vaste breccie senza tensione dei margini.

Il Prof. Mangiagalli, nella colporafia anteriore, a scolpire il lembo fa uso del coltello M.me Horn, adottato dal Martin, sotto un getto finissimo di soluzione al sublimato corrusivo all'1 per 8000. La superficie così delineata viene dolcemente staccata con modiche trazioni, scuoiata colle dita o col manico del bisturì. L'emorragia fu sempre trascurabile, di rado occorse di legare o torcere qualche arteriuzza. Quando alla colporafia posteriore si associò la perineorafia, si diede la scelta al motodo di Hegar od a quello di Lawson Tait. L'amputazione del collo fu sempre praticata col metodo anaplastico di Schroeder. Non sempre le nostre pazienti furono cloroformizzate, e qualche volta fu tralasciata anche la anestesia locale colla cocaina senza che le pazienti dessero segno di grave sofferenza. Vennero complessivamente praticate N. 30 colporafie; talora accompagnate da amputazioni vaginali del collo e da perineorafie. Quali furono i risultati?

Troppo breve tempo è trascorso per voler giudicare dell'esito definitivo, tuttavia credo che alcune particolarità possano essere messe in luce.

Se si considerano le colporafie anteriori eseguite pei prolassi indicati nella prima tavola, si può dire che il risultato prossimo fu buono. In quale stato attualmente si trovino le donne da noi operate, non potrei precisarlo, perchè ad onta di pazienti indagini non mi fu fatto di ottenere notizia alcuna. Tuttavia è lecito credere che le operazioni abbiano sortito effetto duraturo (per lo meno fino ad oggi) dal momento che nessuna delle operate fu vista far ritorno all'Ospedale od all'ambulatorio lagnandosi di ripristinati disturbi. Ciò possiamo dire anche per le colporafie eseguite onde rimediare ai prolassi complicati ad ipertrofia della porzione media del collo (6 casi). Un fatto assai degno di nota fu quello che cioè la semplice colporafia anteriore fu capace di far involgere l'utero in modo cospicuo — una volta da 11 centimetri questo si ridusse a 6 1/2 ed un' altra da 10 a 3 1/2. Queste due osservazioni convaliderebbero sempre più la teoria che mette le ipertrofie come succedanee alle

trazioni delle pareti vaginali, dal momento che tolta la causa si sarebbe veduto scomparire l'effetto. Delle 6 osservazioni, solo in quella al N. 16 si vide ripristinato in breve il prolasso della parete vaginale anteriore; se non che quivi concomitava una lacerazione del perineo piuttosto estesa, e che venne trattata con un colpo-perineorafia alla Hegar, dopo di che la donna fino a tutt'oggi non soffre disturbo alcuno.

Ma se il risultato prossimo fu abbastanza soddisfacente riguardo alle operazioni di plastica vaginale ed uterina praticate pei prolassi che raccolsi nelle prime due tavole, mi duole il dichiarare che per quelli della terza, cioè per quelli complicati ad ipertrofia della porzione sopra vaginale del collo non lo fu punto. È quivi che ad onta delle generose e ripetute asportazioni di lembi vaginali, ad onta di amputazioni sopra vaginali del collo ipertrofico, noi vediamo in breve ripristinarsi il quadro morboso cogli stessi caratteri, e rifiutando nettamente che tecnica imperfetta, o mancanza di cure successive ne sia stata la causa, io credo che questa debba essere cercata altrove. Forse nei rapporti sessuali consecutivi, nella negligenza delle funzioni vescicali ed intestinali, o nel rilasciamento generale dei tessuti e specialmente del cellulare pelvico e perivaginale? Oppure all'infuori di tali momenti eziologici si dovranno cercare le cause del mancato effetto in peculiari attitudini della porzione sopravaginale del collo a rendersi ipertrofica, ed indipendentemente dalle trazioni esercitate dalle pareti vaginali, che alla loro volta diverrebbero prolabenti di seconda mano?

Il diverso modo di insorgere già notato, lontano dall'epoca dei parti od indipendentemente da essi, la mancanza di cause riferite dalle pazienti stesse, il diverso modo di comportarsi dietro l'azione del pessario (quivi sempre mal tollerato), il nullo effetto delle semplici colporafie, e di quelle associate ad amputazioni del collo uterino, ci porterebbero a tale ipotesi.

Infatti se le colporafie anteriori nei casi di ipertrofia della porzione media furono da sole capaci di far involgere l'utero nel considerevole modo già notato, o di tener ridotto il prolasso, è lecito conchiudere che appunto nella parete vaginale anteriore risiedesse la causa sia che questa voglia credersi traente o congestionante l'utero.

Il mancato effetto delle multiple colporafie e delle amputazioni sopravaginali, che non furono sufficienti a rimediare che per poche settimane al prolasso ed alla ipertrofia sopravaginale, sarebbe per me una

prova di non aver diretto giustamente le nostre forze sulle cause o per lo meno sulla predominante.

Di tutte quelle più evidenti, o per lo meno più logiche, che sembrano in giuoco nella affezione che ci occupa, forse una sola sarà la bastevole a produrla, ma spesso confusa con altre concomitanti, di seconda importanza, varie e complesse.

Ne ciò basta, perchè nel complesso di cause apparenti, talvolta sarà la precipua quella che in altro caso, per altre circostanze, potrà invece passare fra le ultime. Per la qual cosa forse tenendo conto di ogni minimo particolare, sopra un grande numero di casi, si potrà riuscire a distinguere cause speciali per ogni speciale forma di prolasso. Esaminando poi gli effetti ottenuti dai diversi metodi di cura impiegati, studiando il crescere od il rimanere stazionario della malattia, e l'effetto prossimo e remoto delle varie operazioni eseguite sulle pareti vaginali e sull'utero, credo si potranno scorgere quali relazioni abbiano fra di loro le diverse modalità di prolassi, se veramente vi sia una concatenazione fra di essi, oppure siano da considerare isolatamente, e se infine le ipertrofie sopravaginali debbansi ritenere veramente come secondarie anzichè primitive ed indipendenti dalle trazioni vaginali.

Classe III. — Malattia dell'uretra, della vescica, dei reni e del retto.

Ho riunito in una sola classe i pochi casi che si offersero, delle forme morbose sovraindicate, alcune delle quali hanno una attinenza soltanto relativa colla Ginecologia. A carico dell'uretra notammo un caso di *prolasso della mucosa* (26. 8. 89) in donna di 53 anni. La mucosa era ipertrofica con ragadi che causavano i disturbi. Pochi tocchi con nitrato d'argento guarirono la donna.

***

Una nutrice ci offerse (17. 11. 89) un caso di *Cistite* che datava da 4 mesi e che era insorta a suo dire nell'ultimo mese della gravidanza, cioè da 5 mesi. Le orine lasciavano depositare discreta copia di sedimento muco-purulento. Il trattamento fu locale con frequenti lava-

ture endovescicali di acqua borica mercè catetere a doppia corrente, e internamente venne amministrato l'olio essenziale di trementina.

Un secondo caso di cistite (25. 7. 89) non offrendo alcuna relazione con forma ginecologica fu inviato in un altro comparto.

Fistole genito urinarie. — Ne occorsero due casi, il primo dei quali verrà riferito estesamente, perchè le difficoltà non comuni incontrate nell'atto operativo (causate sia dalla ampiezza della breccia, sia per le condizioni delle pareti vaginali ispessite e retratte per briglie cicatriziali) vennero sormontate con lunga pazienza e con abile tecnica e l'esito fu coronato da risultato completo.

Osservaz. I. — 19. 12. 88. Anni 27. Tessitrice, maritata. Donna di ottima costituzione fisica. IV para, l'ultimo parto da tre mesi artificiale. Subito dopo il parto avvertì perdita involontaria della orina. Il puerperio decorse afebbrile. Nulla offerse di rimarchevole all'esame generale.

A circa 4 centimetri dal meato uretrale ed a 3 dal collo uterino si riscontra una vasta breccia, la quale ha forma triangolare coi lati lievemente curvilinei colla base verso la parete pelvica di destra. Dalla detta breccia è prolabente la parete postero superiore della vescica. Nel senso trasversale è di 4 centimetri e nel senso antero posteriore ne misura 3.

Posta la donna nella posizione genu pettorale, la breccia presenta una forma ovale col massimo diametro trasversale. Verso l' estremo destro si avverte molto tessuto inodulare aderente ai tessuti sottoposti. Contro la parete pelvica destra trovasi lunga striscia di tessuto cicatriziale che oltrepassa di due centimetri l' angolo della breccia e si protende in alto di un centimetro ed in basso fino al margine del grande labbro.

L'utero è in antilatero-flessione destra mobile, porzione vaginale del collo scomparsa. Numerose briglie cicatriziali rigide solcano in ogni parte le pareti vaginali. La cavità uterina misura 6 cent., non è possibile trovare una comunicazione fra questa e la vescica. L'orificio uterino si presenta ulcerato.

Come preparazione all'atto operativo si mettono in opera metodiche docciature calde, indi l' applicazione del colpeurynter di Braun gradatamente disteso in sostituzione delle sfere di caoutchouc di Bozeman.

La cruentazione fu ampia, all'americana e la riunione mediante seta fu fatto nel senso anteroposteriore.

La siringazione fu praticata ogni 4 ore, e nella notte venne posta a permanenza una siringa di Nélaton. Il giorno 30 si constata perdita di urina, ed il 3 febbraio si può scorgere come alcuni punti abbiano

lacerato il tessuto, rimanendo una breccia della grandezza di 1[3 della preesistente. Il 17 febbraio usciva promettendo di far ritorno, per essere nuovamente sottoposta ad altro atto operativo. Questo venne praticato il 15 maggio: applicazione a permanenza del catetere di Sims il giorno 28 si vide il caolito sodo per 4[5 della nuova cruentazione. Per 2 volte ancora fu ripetuto l'operazione, chè s'andava guadagnando lentamente nella chiusura.

Finalmente, dopo aver posto a dura prova la pazienza di quella disgraziata, essa guariva completamente ai primi di ottobre. Se non che il lungo soggiorno nell'Ospedale e l'essere stata obbligata da lungo tempo a letto, fra le incertezze di una guarigione, da cui solo dipendeva la futura convivenza col marito, l'avevano piombata in uno stato di melanconia con tendenza al suicidio, per la qual cosa fu trasportata fra le psicopatiche. Poco tempo vi rimase, per far ritorno alla famiglia e questa volta del tutto guarita, della forma ginecologica e di quella psichica.

L'altro caso fu assai più semplice.

Osservaz. II. — *Fistola cisto-vaginale.* — 18. 8. 89. Anni 26. Contadina, maritata. Un parto laboriosissimo il 26. 8. Nel terzo giorno di puerperio ebbe perdita involontaria d'urina. Vagina breve ristretta da briglie cicatriziali. Lungo la parete anteriore vi è una soluzione di continuo ovale di 3 cent. circa in corrispondenza del collo vescicale. Fino al 3. 10 attende l'operazione. Cruentazione dei bordi. Sutura con seta. Catetere a permanenza; il 13. 10 tolgonsi i punti. Il coalito è completo, nessuna perdita di orina.

Parte il 23. 10, guarita.

***

Tumori renali.

Come appendice, benchè non di stretta spettanza della Ginecologia riferirò in brevi parole i casi di tumori renali che ci pervennero in sala. Mi limiterò ad accennare di volo tali osservazioni, poichè su di esse intende pubblicare una memoria il collega Dott. Egidio Secchi.

Furono 6 i casi.

Osservaz. I. — *Sarcoma del rene destro* (?). — 30. 10. 89. Donna di 45 anni, servente, maritata. L'esame microscopico e batteriologico delle orine fu negativo, non volle essere operata.

Osservaz. II. — *Tumore del rene sinistro di natura probabilmente*

maligna. — 16. 7. 89. Anni 30. Contadina maritata. Venne mandata in sala chirurgica, ma di là fu dimessa senza operazione.

Osservaz. III. — *Tumore sviluppato dalla capsula fibrosa del rene.* — 7. 3. 89. Anni 50. Operata per via addominale, l' enucleazione del tumore mise a nudo il parenchima renale, spogliato intieramente della sua glissoniana. Si decise anche la esportazione del rene. Morì in terza giornata per insufficienza funzionale dell' altro rene.

Osservaz. IV. — *Tumore renale? sinistro. Laparotomia esplorativa.* Guarigione. — 27. 7. 89. Anni 23, maritata. Ebbe un parto e puerperio normali, da 6 mesi iniziò dolore al quad. sup. sin. dell'addome, contemporaneamente osservò un notevole progressivo aumento del ventre. Assai interessante fu l' esame della donna, la quale poteva per più sintomi lasciar supporre anche una gravidanza anomala. Questa per altro fu esclusa e si fu portati alla diagnosi di probabilità di tumore del rene sinistro.

La donna fu operata di laparotomia, la quale fu solo esplorativa. Il taglio delle pareti addominali fu fatto all' esterno del muscolo retto sinistro, coll' intento di farsi strada eventualmente al rene extraperitonealmente col metodo di Thornton. Le aderenze del tumore fecero rinunciare all'impresa. L' incisione fu chiusa, il coalito fu perfetto e la donna uscì il 12. 9.

L' esame delle urine non aveva fatto alcuna luce sul diagnostico.

Osservaz. V. — *Ascesso renale destro.* Nefrotomia, guarigione. — Tale fu la diagnosi istituita su donna di anni 29, accolta in comparto 6. 3. 89, per tumore; venne praticata la nefrotomia addominale laterale il 21. 3. 89. L' esito fu buonissimo e la guarigione relativamente sollecita. Partì in floride condizioni.

Osservaz. VI. — *Idronefrosi sinistra.* Nefrotomia, morte. — 10. 8. 89. Anni 21, contadina. Anche questa ammalata era giunta colla diagnosi generica di tumore; corretta nella diagnosi accennata, si operò la nefrotomia lombare. Non fu constatata la presenza di calcoli. Fu applicato un drenaggio. La donna soccombeva per lento esaurimento il 17 settembre. La autopsia riscontrò degenerazione cistica anche dell'altro rene: erano incuneati piccoli calcoli nei due ureteri.

***

Furono altresì osservati alcuni casi di reni mobili in donne che pervennero in comparto per forme ginecologiche. Meritevole d' essere

ricordato è il fatto che tali casi (in numero di tre) appartenevano a donne in età ancora fresca, e quello che maggiormente importa in nullipare, nessuna di queste aveva riportato traumatismi o cadute.

Osservaz. I. — *Rene mobile destro.* (I grado). 18. 11. 88. In donna affetta da postumi di perimetrite, d' anni 25. Nubile, nullipara.

Osservaz. II. — *Rene destro ectopico congenitamente?* — Antiflessione con caratteri della congenita. Anni 18. Maritata, nullipara. Amenorroica.

Osservaz. III. — *Rene spostato e fisso?* — Vedi *Isteria.* Osserv. I. Nullipara.

***

Cancro del retto, perforazione del setto retto vaginale, diffusione secondaria alla vagina. — 10. 10. 88. Anni 45. Nullipara. Il neoplasma aveva già fatto progressi considerevoli, per la qual cosa fu dichiarata cronica, non essendo possibile un intervento operativo.

(Continua).

TRADUZIONI

D. Voiturez. — I calendari della gravidanza.

Journal de médecine de Paris. Février 1890.

I calendari della gravidanza sono numerosi; ma possono ridursi ad alcuni tipi principali a norma del punto di partenza e dell'idea teorica che ne costituisce la base. In vero, per stabilire un calendario esatto e preciso della gravidanza, è necessario possedere sicure nozioni sul principio e sul termine della medesima, bisogna cioè supporre conosciuta la durata della gestazione.

Già da alcuni anni l'A. portò il proprio contributo allo studio di questo tema e, coerentemente all'antica opinione che ritiene di 275 giorni la durata della gestazione nella specie umana, dopo un gran numero di osservazioni, venne a constatare la media di giorni 274, 83.

Ma è rarissimo il poter determinare con esattezza la data della fecondazione e ciò non riesce fattibile che nei casi di coito *med io tempore* consumato quando almeno tra gli avvenuti rapporti sessuali sia trascorso un tale intervallo perchè il computo del tempo si possa istituire senza probabilità di errore. E siccome questi dati mancano quasi sempre nella pratica, così i calendari della gravidanza non possono fondarsi sul giorno del concepimento, epoca che il più delle volte rimane sconosciuta.

Le cose corrono altrimenti quanto agli indizi forniti dall'ultima mestruazione. Senza ritornare sulla questione, ancora aperta, della reciproca relazione tra l'ovulazione e la mestruazione, si può affermare che normalmente tali due funzioni hanno un intimo legame, e che anzi il flusso catameniale ha la sua ragione di esistere nella ovulazione. La qual cosa è dimostrata da ciò che le purghe appariscono solo al momento in cui la funzione ovarica si stabilisce (*pubertà*): che cessano quando cessa la detta funzione (*menopausa*) e che l'ablazione degli ovari ed annessi dell'utero (operazione di *Battey*), sopprimendo l'ovulazione, trae seco la cessazione dell'emorragia mestruale creando una *menopausa*. Tali sono i fatti che la fisiologia normale e patologica e l'intervento chirurgico hanno posto fuori di dubbio: e qualche caso eccezionale o di difficile interpretazione non vale menomamente ad infirmare la legge di Gendrin e Négrier che stabilisce una correlazione tra l'ovulazione e la menstruazione. Questo punto deve essere notato perchè, propriamente parlando, costituisce l'anticipata *giustificazione* della maggior parte dei calendari della gravidanza.

Prendendo per punto di partenza l'ultima mestruazione, si ammette implicitamente che la fecondazione è alla medesima posteriore; il che in fatto avviene in via ordinaria come si osserva non di rado nelle giovani spose. Il matrimonio fu celebrato subito dopo la cessazione de' catamenii, questi non appariscono più oltre, il bambino nasce 9 mesi dopo le nozze cioè all' epoca fissata dalle osservazioni di unici congressi. Ed i disturbi riflessi che talora si manifestano fin dai primordii della gravidanza, nausee, vomiti, deliqui, fitte alle mammelle, appariscono in certi casi subito dopo la terza settimana dal matrimonio, e per conseguenza prima dell'epoca della successiva mestruazione.

La regola pertanto è questa che il concepimento segua da vicino l'ultimo catamenio: ma non accade sempre così. Qualche volta, e l'A. ebbe opportunità di osservarlo, la fecondazione non deve essere riferita all' ultimo periodo mestruo, ma corrisponde invece ai giorni che precedono immediatamente la *mestruazione successiva*, la quale può allora mancare del tutto o cessare in breve. Così avviene che una donna le cui regole normali sono comparse al primo di gennaio può essere incinta soltanto al 28 dello stesso mese, epoca nella quale dovrebbero verificarsi le nuove purghe. Ed eccone la spiegazione: sotto l'influenza dell'eccitamento genitale si produsse una intensa congestione dell'apparecchio utero-ovarico e la prematura deiscenza del follicolo di Graaf contenente l'ovulo; tale deiscenza che normalmente ha luogo al termine delle regole, essendosi verificata intempestivamente, il flusso sanguigno non apparisce ed accade una specie di rilasciamento in tutto l'apparato genitale. Consegue da ciò che per la donna, il periodo iniziale della gestazione sarà indebitamente riferito al principio di gennaio, il bambino sarà aspettato per il principio di ottobre e tuttavia il parto avrà luogo soltanto alla fine di questo mese. Tale è la causa più frequente delle pretese gravidanze decimestri (300 giorni.)

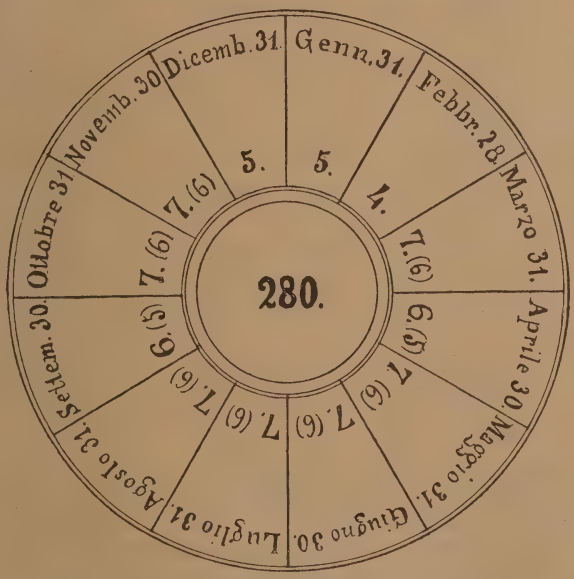
Vi è un unico mezzo per evitare l'errore, e consiste nel rilevare la data dei primi movimenti del feto che, invece di manifestarsi circa il 15 maggio, giusta la prima ipotesi, non saranno avvertiti che in giugno.

Il ricorrere unicamente alla mestruazione per determinare l'epoca della nascita del feto conduce anche al pericolo di un errore inverso. In certi casi, d'altronde rari, le regole riappariscono dopo la fecondazione: il flusso catameniale si manifesta all'epoca fissa. La lama di aderenza tra la caduca fetale e quella uterina durante i primi due mesi di gravidanza spiega la possibilità del fatto. Cosa ne avviene? Che la donna non si creda incinta che dopo le ultime regole, cioè di un mese più tardi della realtà e che il bambino in tal caso nasca un mese prima del tempo in cui era aspettato, pur presentando i caratteri del feto a termine. Anche qui si schiverà ogni errore informandosi diligentemente della data dei primi moti attivi del bambino. Ad onta di queste riserve non può negarsi che la data precisa delle ultime regole sia una guida preziosa per la determinazione dell'epoca probabile del parto.

Ma quanto tempo trascorre dall'ultima mestruazione al parto? al proposito gli autori sono di vario parere, e le statistiche non concordano tra di loro. Charpentier e Pinard contano 9 mesi più 15 giorni, cioè 290 giorni in media. L'A. conformemente a cifre da lui raccolte, conta 287 giorni cioè 41 settimane complete. Altri fissano come punto di partenza la fine delle regole avvegnachè il concepimento non ha luogo se non dopo la cessazione del flusso mestruale, e da tal epoca Dèpaul conta 270 giorni, Hecker 272, Ahlfeld 274, Vest 276, Duncan 278, Tarnier 280; ma comunque ciò sembri razionale, nella pratica non riesce utile perchè se la donna ben si ricorda del principio delle regole, d'ordinario non tiene però nota del fine dell'emorragia mestruale.

Tali sono i metodi empirici di determinare l'epoca del parto; ma, secondo Nægele, il momento del parto non sarebbe incerto; si effettuerebbe al termine di dieci mesi lunari (280 giorni) all'epoca precisa nella quale dovrebbe apparire la decima mestruazione che è mancata. Questa idea teorica, per quanto contestabile, ha inspirato il calendario di Schultze, che è disposto ingegnosamente e semplicemente.

CALENDARIO DI SCHULTZE.



Ecco come si usa questo calendario: Supposto che le regole abbiano avuto luogo il 20 gennaio, si ricorre al settore dove è inscritto gennaio, poi si contano andando a destra 9 mesi, o invece 3 mesi procedendo verso sinistra, cioè dicembre, novembre, ottobre; quindi si aggiunge al giorno del mese il numero 7 scritto nel settore corrispondente. Il parto avrà dunque luogo nel 27 ottobre. Se l'anno è bisestile si aggiunge al giorno del mese la cifra posta fra le parentesi. Questo periodo

di 280 giorni sembra troppo breve. Loewenhardt afferma egualmente che bisogna prima di tutto conoscere il tempo trascorso dalla penultima all' ultima mestruazione e moltiplicare per 10: se tale periodo fu di 29 giorni sarebbero da contarsi 290 giorni; ma sembra che siffatta pratica difficilmente possa accettarsi: molte donne hanno i mestrui ogni 31 giorni, forse che partoriscono dopo 310 giorni?

Un secondo calendario fondato sulie idee di Charpentier e Pinard fu in questi ultimi anni proposto dal prof. Lacassagne di Lione. La disposizione ne è pratica, facile ad intendersi. Il suo punto di partenza è pur quello del principio dell'ultima mestruazione, ma egli calcola 15 giorni dopo 9 mesi completi, cifra che pare troppo alta.

CALENDARIO DI LACASSAGNE.

Mese della nascita	Giorno in cui cominciarono le ultime regole				Mese della cessazione delle regole	Giorno in cui cominciarono le ultime regole		Mese della nascita
	15	10	5	1		20	25	
Ottobre	30	25	20	15	**Gennaio**	5	10	Novembre
Novembre	30	25	20	15	**Febbraio**	5	10	Dicembre
Dicembre	30	25	20	15	**Marzo**	5	10	Gennaio
Gennaio	30	25	20	15	**Aprile**	5	10	Febbraio
Febbraio	30	25	20	15	**Maggio**	5	10	Marzo
Marzo	30	25	20	15	**Giugno**	5	10	Aprile
Aprile	30	25	20	15	**Luglio**	5	10	Maggio
Maggio	30	25	20	15	**Agosto**	5	10	Giugno
Giugno	30	25	20	15	**Settembre**	5	10	Luglio
Luglio	30	25	20	15	**Ottobre**	5	10	Agosto
Agosto	30	25	20	15	**Novembre**	5	10	Settembre
Settembre	30	25	20	15	**Dicembre**	5	10	Ottobre

Conosciuto il mese della cessazione delle regole, si legge nella finca corrispondente del giorno e del mese il giorno probabile del parto; così se le regole

cessarono nel giugno e le ultime regole cominciarono il 5, il parto avrà luogo il 20 marzo: se invece le ultime regole cominciarono il 25, il parto avrà luogo il 10 aprile.

Il calendario di Tyler Smith indica l'ultimo giorno delle regole e l'epoca probabile del parto che è compresa tra 9 mesi solari e 10 mesi lunari.

CALENDARIO DI TYLER SMITH.

Termine delle regole	Nove mesi del calendario		Dieci mesi lunari	
1° Gennaio	30 Settembre	273 g.	7 Ottobre	280 g.
» Febbraio	31 Ottobre	273 »	7 Novembre	280 »
» Marzo	30 Novembre	275 »	5 dicembre	280 »
» Aprile	31 Dicembre	275 »	5 gennaio	280 »
» Maggio	31 Gennaio	276 »	4 Febbraio	280 »
» Giugno	28 Febbraio	273 »	7 Novembre	280 »
» Luglio	31 Marzo	274 »	6 Aprile	280 »
» Agosto	30 Aprile	273 »	7 Maggio	280 »
» Settembre	31 Maggio	273 »	7 Giugno	280 »
» Ottobre	30 Giugno	273 »	7 Luglio	280 »
» Novembre	31 Luglio	273 »	7 Agosto	280 »
» Dicembre	31 Agosto	274 »	7 settembre	280 »

Questo calendario è in massima esatto; indica l'approssimazione ordinaria, ma la sua disposizione, del tutto semplice, non permette di trovare immediatamente il giorno della mestruazione e quello del parto occorrendo all'uopo di fare un piccolo calcolo, e ciò toglie in gran parte il vantaggio pratico di simili prospetti.

Il calendario di Smith, da Varsavia, pubblicato nel 1857, riposa sopra un principio tutto diverso. Nella prima colonna reca il giorno del concepimento, data delle più incerte; nella seconda la data della manifestazione dei moti fetali, e

nella terza l'epoca del parto. Un particolare interessante di questa tavola è l'indicazione dei movimenti fetali la quale porge importantissimi indizi nei casi dubbi. Ecco una parte del

CALENDARIO DI SMITH (di Varsavia).

Concepimento		Moti fetali		Parto	
Gennaio	1	Maggio	15	Settembre	27
»	2	»	16	»	28
»	3	»	17	»	29
»	4	»	18	»	30
»	5	»	19	Ottobre	1
»	6	»	20	»	2
»	7	»	21	»	3
»	8	»	22	»	4
»	9	»	23	»	5
»	10	»	24	»	6
»	11	»	25	»	7
»	12	»	26	»	8
»	13	»	27	»	9
»	14	»	28	»	10
»	15	»	29	»	11
»	16	»	30	»	12
»	17	»	31	»	13
»	18	Giugno	1	»	14
»	19	»	2	»	15
»	20	»	3	»	16
»	21	»	4	»	17
»	22	»	5	»	18
»	23	»	6	»	19
»	24	»	7	»	20
»	25	»	8	»	21
»	26	»	9	»	22
»	27	»	10	»	23
»	28	»	11	»	24
»	29	»	12	»	25
»	30	»	13	»	26
»	31	»	14	»	27

La cifra fornita da Smith pare un po' debole; bisogna contare almeno 4 mesi e 1[2 dopo l'apparizione dei moti attivi del feto e 275 giorni dopo quello dell'amplesso fecondatore.

Da ultimo e recentissimamente fu pubblicato nell'*American Journal of Obstetrics* un nuovo calendario della gravidanza. È di una disposizione veramente nuova ed originale: si compone di tre cerchi concentrici; l'esterno reca la sequela di tutti i giorni dispari dell'anno e corrisponde al principio della mestruazione, l'intermedio corrisponde al giorno in cui si manifesteranno i movimenti attivi del feto, il centrale segna il giorno in cui avrà luogo il parto. Per trovare il giorno del parto e quello dei moti basta conoscere il giorno del principio delle regole e leggere poi le cifre poste sui centri concentrici e corrispondenti al medesimo raggio. Questo calendario risulta esatto in generale; forse la data del parto è più avvicinata di quello che non lo sia in realtà.

D'altronde, bisogna pure ammetterlo, il termine della gravidanza non può essere fissato con una assoluta precisione. Se la media è di giorni 275, molte volte il travaglio sorpasserà siffatto termine o, al contrario, ne rimarrà indietro. Le ricerche ostetriche comparate alle quali l'A. si è dedicato, dimostrano che per le cavalle, le vacche, le troje e le capre vi sono dei limiti abbastanza larghi entro cui oscilla la durata della gestazione degli animali; l'eccezione in più od in meno è all'incirca di 1[10 della gestazione totale. Niun dubbio che lo stesso possa verificarsi nella donna, e che per conseguenza i calendari della gravidanza forniranno unicamente delle indicazioni approssimative: i più esatti sono quelli che più si avvicinano alla media.

Ai calendarii predetti aggiungo quello proposto dal Prof. Tibone, che è in uso nella clinica di Torino ed in altre cliniche e maternità italiane, e col quale venne formato il calendario che trovasi nella versione del manuale di ostetricia dello Schröeder. Un cerchio è diviso in 12 settori in ognuno dei quali è segnato il nome ed il numero dei giorni proprii ai singoli mesi, mentre all'esterno del cerchio è indicato in cifre il posto numerico che tiene nell'anno il giorno che trovasi sulla corrispondente linea asse. Nel centro della tavola evvi un perno sul quale ruotano insieme tre sfere, fissate fra loro in modo che due d'uguale lunghezza comprendano fra loro lo spazio di 280 giorni, e la terza più breve trovisi ad eguale distanza di esse. Conosciuta pertanto la data dell'ultima mestruazione, girando le sfere, vi si fa corrispondere una di quelle lunghe: l'altra lunga indicherà il giorno del parto, e quella breve segnerà l'apparire dei moti attivi del feto.

Nell'anno bisestile fa d'uopo tener conto del giorno, che viene aggiunto al mese di febbraio, e quindi considerare come indicato il parto nel dì precedente a quello segnato dal calendario, fatto eccezione dai casi in cui il parto cade nei mesi di gennaio, novembre e dicembre. Del resto anche il Tibone ritiene che la durata della gravidanza debba essere qualche cosa di incostante.

Vi è anche un calendario, proposto nel 1886 da Stapfer, che fornisce giorno per giorno la data probabile del parto. Consta di dodici colonne principali suddivise alla lor volta in tre piccole colonne, nella prima delle quali sono segnati i giorni del mese, nella seconda è indicata l'epoca più prossima e nella terza l'epoca più remota del parto, in modo che a lato del giorno successivo a quello della fine dell'ultima mestruazione sono scritti i giorni delle date predette. La durata della gravidanza varierebbe secondo Stapfer da 275-294 giorni a partire dalla cessazione delle regole.

Dott. F. Villa.

RASSEGNA OSTETRICA

A. Mouratoff. — **Etude sur la grossesse ovarienne.** — *Annales de Gyn. et Obst.* Février 1890.

Passate in rassegna le varie modalità di gravidanza ovarica descritte dagli autori, fa notare la divergenza di opinioni che ancora oggi regna circa la gravidanza extra uterina in generale e sulla ovarica in particolare. L'Autore è d'avviso che ogni fatto nuovo, se analizzato con cura, debba attirare la attenzione dei Ginecologi.

Espone in modo accurato una propria osservazione. Donna di 27 anni, mestruata a 15 anni, lo fu sempre regolarmente di poi. A 21 anno un parto normale seguito da allattamento. Dopo alcune irregolarità sul modo di comparsa e di durata degli scoli, essa è ritenuta gravida. Incerta è l'epoca dei primi moti attivi, che essa avvertì energici, frequenti e seguiti da febbri con brividi, nausee, vomiti, debolezza generale. Le elevazioni termiche indussero i medici alla provocazione del parto (doccie, spugne, laminaria, cateteri), ma tutte queste manovre riuscirono senza alcun effetto. L'ascoltazione del battito cardiaco fetale è negativa. La palpazione non fa avvertire piccole parti nè la bozza cefalica, le pareti addominali sono tese e dolenti i quadranti superiori. Piccolo il collo uterino, al riscontro vaginale, non rammollito, nè beante, l'utero poco aumentato, il cateterismo è di 9 centimetri. Le orine sono intensamente albuminose, la malata accusa disuria e stipsi alternante con diarrea. Istituita la diagnosi di gravidanza extrauterina si ricorse alla laparotomia, come unico rimedio ed indicazione vitale. Aperto il peritoneo, si sprigionano subito dei gaz fetidi, e la esplorazione fece subito accorto l'operatore di essere penetrato nel sacco fetale. La estrazione del feto fu fatta irrigando generosamente il campo in grazia del *fetore* insopportabile del liquido sanguigno purulento. La placenta inserta alla parete posteriore della sacca fetale fu lasciata in posto, ma venne praticata una frizione con una emulsione jodoformica, indi fu applicato un sistema di drenaggio che permise una continua lavatura della sacca con acido fenico in debole soluzione.

Il decorso post-operatorio fu relativamente buono; quantunque la paziente abbia attraversato pericolosissime fasi create da fenomeni di carbolismo, di compressione dei drenaggi sugli organi circostanti, e dal fatto dell'essersi strappato parte dei dre-

naggi. Ciò non di meno essa era già avviata a guarigione completa, allorchè vennero in iscena mancanza di memoria e disordini nella sfera intellettuale ed in seguito i sintomi della nevrite multipla e successiva paralisi degli arti la quale man mano si generalizzò e trasse di vita la donna. Ciò accadeva 2 mesi dopo dalla subìta laparotomia, essendo la donna assai migliorata nelle condizioni generali; la autopsia comfermò la diagnosi della forma medica. L'A. è d'avviso che la nevrite degenerativa sia stata prodotta da considerevoli quantità di ptomaine formatesi nell'organismo per la presenza dei decomposti materiali. Passando poi ad esaminare i reperti macro e microscopici della autopsia, crede poter affermare che il caso discusso apparteneva alla varietà *Gravidanza ovarica*, e terminando la memoria dice che il caso presente può in certa qual maniera servire a contraddire la opinione di Lawsor Tait, e de' suoi discepoli, i quali sono d'avviso che ogni varietà di gravidanza extrauterina appartenga ad una unica forma, cioè alla tubaria.

Decio.

G. Raineri. — **Un Feto mostruoso in gravidanza complicata da idramnios acuto**. — Torino, Tipografia L. Roux, 1889.

Racconta la storia d'una donna, nella quale fu fatta diagnosi di gestazione all'ottavo mese complicata a idramnios acuto e che, tre giorni dopo l'ingresso nella clinica, partoriva un feto mostruoso in OIAD i cui annessi pesavano 300 gr., il cui funicolo era di 34 cc. con inserzione marginale, la quantità di liquido potutosi raccogliere gr. 3500.

Descritta l'autopsia del feto praticata col Prof. Giacomini, dice che circa la causa di tale mostruosità *potrebbe* nel suo caso essere invocata l'enorme quantità di liquido, come viene opinato da Taruffi, Tarnier e Budin, talchè anche il Prof. Chiarleoni, diagnosticato l'idramnios, aveva sospettato la probabile coincidenza della mostruosità. Sta però il fatto, soggiunge, che la mostruosità viene invocata come causa di idramnios.

Nel caso proprio, le alterazioni del feto, che lo resero mostruoso, erano già avvenute all'epoca dell'improvviso rapido aumento del liquido amniotico per cui se si può dire, che questo fu occasionato da quello (in qual modo si ignora), non si può all'idramnios imputare la produzione della mostruosità.

Circa la classificazione della mostruosità si trova incerto, per la varietà delle alterazioni riscontrate negli organi nervosi centrali e nell'apparato visivo (anoftalmia bilaterale).

Tuttavia l'arresto di sviluppo della massa encefalica così accentuato glielo fa ascrivere ai *microcefali*.

Manzoni.

G. Raineri. — **Due casi di Osteomalacia.** — Torino, Tipografia Roux.

Sono due casi, osservati in otto anni nell'Istituto, di parto in donne osteomalaciche, che dànno campo all'A. di fare alcune riflessioni.

Nel primo si trattava di donna accolta in condizioni gravi, nella quale veniva verificato un bacino viziatissimo, con procidenza d'un piede in vagina, segni dubbiosi della vita del feto, ventre assai teso da non rendere possibile una diagnosi precisa, l'utero assolutamente inerte. — Laparotomia. Tutto il feto nella cavità peritoneale. Estrazione del feto e della placenta, ampia rottura circolare dell'utero in basso. Sutura e pulizia del cavo peritoneale. — Morta 18 ore dopo l'operazione.

All'autopsia si rileva una peritonite settica: il bacino è di forma irregolare, asimmetrico, marcatissimi i segni comuni della osteomalacia. Il contorno pelvico fortemente compresso sui lati ed indietro, ha una forma irregolarmente triangolare. Seguono i dettagli della descrizione dello scheletro del bacino e le misurazioni. Il fatto del quale l'A. si domanda spiegazione è la *sinostosi* sacroiliaca verificata a destra.

Nel secondo caso si tratta di donna settipara, i cui puerperi furono sempre fisiologici. L'esame mostra: sinfisi pubica piatta, arcata pubica alta e ristretta, contorno pelvico superiore rientrante. I dolori sono esacerbati colla pressione, al pube, alle spine iliache anteriori. La diagnosi fu di: *gravidanza all' ottavo mese, con feto vivo, complicata a pelvi osteomalacica.* Il parto fu spontaneo, il puerperio normale.

Ciò posto, l'A. afferma che i due fatti hanno interesse 1.° dal lato della patogenesi del processo osteomalacico, 2.° per la influenza che le alterazioni indotte nelle ossa della pelvi dalla malattia ebbero sul decorso del parto. Riguardo alla sinostosi *sacro iliaca destra*, riscontrata nella 1ª osservazione, fondandosi su dati forniti dal bacino dice: « questi mettono fuori dubbio che tale anchilosi non dovesse essere *anteriore* alle alterazioni indotte dall' osteomalacia *nè come fatto congenito nè come processo acquisito.* »

L'A. si diffonde indi nelle citazioni delle teorie che riguardano la osteomalacia e conchiude che realmente l' osteomalacia dipende da alterata nutrizione o anormale ricambio organico; ciò lo dimostra il fatto che l' organismo partecipa con tutti i suoi tessuti ed organi, presentando un quadro fenomenologico caratteristico come ce lo dipinge il Casati. Circa le ipotesi dice che quella che lo soddisfa meglio è l'opinione di Conheim.

Circa la spiegazione delle anchilosi, rifiuta la teoria dell'osteite, osteomielite ma ritiene con Conheim che per lo alterato ricambio, le ossa si rammolliscano, avvenga nella cartilagine un processo regressivo e successivamente uno di riparazione con produzione di tessuto osseo per l'invasione di vasi dalle parti vicine.

Le condizioni riscontrate nella articolazione sacro iliaca sinistra lo fanno poi dubitare, che anche da questo lato col tempo si sarebbe potuto formare una sinostosi.

È d'accordo poi con *Casati* che la osteomalacia si riscontri con preferenza in donne provenienti da regioni dove domina la pellagra e la malaria.

Dal lato ostetrico, i due casi citati non offrono grande interesse, poichè nel primo trattavasi di donna in condizioni disperate, per la quale non vi poteva essere via di salvezza che colla laparotomia. La mancanza dell'emorragia malgrado l'utero si fosse squarciato era spiegata dal braccio procidente che faceva da tappo al canale genitale. Rispetto al secondo caso la conjugata oscillava sugli 85 mm., sì da permettere coll'interruzione della gravidanza il parto spontaneo come avvenne. Valeva la pena di sterilizzare la donna col metodo Porro o con quello di Saenger aggiuntavi la estirpazione delle ovaie o l'allacciatura delle trombe? ma queste operazioni per sè gravi assicuravano che il processo osteomalacico dovesse poi cessare? Quanto al parto se il feto avesse mantenuto l'atteggiamento trasversale (settipara) e le branche ischio pubiche si fossero mantenute rigide, sarebbe stato facile compiere il rivolgimento. Il modo con cui il parto si espletò, venne a dar ragione delle previsioni fatte.

MANZONI.

PORAK. — **De la chloroformisation dans le cours de l'accouchement normal.** — *Journal de médecine de Paris,* n. 9, 1890.

Poichè dolore e contrazione uterina sono termini non necessariamente paralleli nel decorso del travaglio, è razionale il cercare di disassociarli, e di sopprimere quello che è inutile per favorire solo il fattore utile del parto.

L'A. fa esperimenti colla morfina, colla cocaina e con medicamenti a base di *Cestrum Parqui* e di *Statice Brasiliensis* ed in un caso ricorse anche all'ipnotismo, ma rivolse specialmente la sua attenzione e studiò più profondamente l'azione del cloroformio, che riconobbe varia a *seconda della purezza* del preparato e modo di somministrazione e della reazione del soggetto.

A. Un cloroformio puro dà effetti rapidi, richiede dosi minori e provoca fenomeni d'eccitazione minimi.

B. Il modo d'amministrare il cloroformio possiede un'importanza capitale. l'A. adopera una narcosi vera, reale, effettiva, quantunque assai speciale nei suoi effetti, e vi ricorre ordinariamente solo alla fine del periodo di dilatazione. Ma poichè le contrazioni del periodo espulsivo sono più violente e più avvicinate, quantunque riescano meno snervanti, ed, una volta iniziata la cloroformizzazione, è difficile il sospenderla, tanta è la persistenza colla quale le pazienti la domandano, il Porak continua la narcosi anche in tale periodo ed aumenta progressivamente le dosi

del medicamento. Non si può allora far conto sull'aiuto e sull'obbedienza della partoriente, ma questo è un inconveniente di poco conto. Di regola l'amministrazione del cloroformio dura 3 o 4 ore, ma in taluni casi si protrasse perfino a 12 ore: allora la si sospese ottenuta che si ebbe la calma, per ripeterla quando cessò l'azione calmante e riapparvero i fenomeni dolorosi o nervosi. L'A. preferisce dare il cloroformio a piccole dosi intermittenti al principio di ciascun dolore in modo da far inalare tutta la dose, e tale condotta è da lui seguita perchè è al momento del dolore che la donna domanda sollievo, ed appunto allora sembra cessata l'azione del farmaco, che viene con questo metodo somministrato proporzionalmente alla rapidità del ritorno dei dolori, l'intensità e la frequenza dei quali unite al risultato ottenuto servono così di guida nel cloroformizzare.

C. La reazione del soggetto è varia, e l'A. ritiene indispensabile per la riuscita che la donna acconsenta alla narcosi.

I risultati sono diversi, poichè se si può quasi sicuramente ottenere la sonnolenza negli intervalli delle contrazioni e la calma dei disturbi generali, d'altra parte l'effetto analgesico è dei più variabili, in quanto che talora si ottiene solo colla narcosi assoluta: onde è che la cloronarcosi a piccole dosi intermittenti riesce un sedativo meraviglioso, ma un'analgesico incostante.

L'A. crede che le partorienti godano di un'immunità reale, ma non per altro assoluta, contro gli accidenti della narcosi cloroformica chirurgica, e quindi a maggior ragione minimi o nulli devono essere i pericoli qualora si segua il suo metodo, e riportandosi agli studii da lui stesso intrapresi (De l'absorption des médicaments par le placenta) ammette che nessun danno ne può derivare al feto: ed in riguardo alle contrazioni avverte che la somministrazione del farmaco deve essere scemata o sospesa se queste si fanno in qualche caso o più lontane o meno intense, e che bisogna andar cauti onde non lasciarsi trascinare da falsi apprezzamenti ad applicazioni di forcipe affatto inutili.

Non ebbe mai ad osservare vere emorragie nel secondamento, ma siccome in alcuni casi notò una perdita sanguigna più copiosa dell'abituale, così crede prudente di ricorrere all'iniezione di ergotina subito dopo l'espulsione della placenta.

La cloronarcosi ostetrica presenta due speciali vantaggi in confronto di quella chirurgica, quali sono l'attenuazione od anche la mancanza del periodo di eccitazione e l'assenza di malessere all'atto del risvegliarsi; e talora con essa si ottiene la regolarizzazione delle contrazioni, la scomparsa dell'irritabilità nervosa, e l'accelerarsi del travaglio sin allora languido, onde sembra che la forza nervosa, la quale si esauriva in manifestazioni disordinate e generali, si concentri sull'apparecchio uterino.

VILLA.

RASSEGNA GINECOLOGICA

A. Roth. — **Note cliniche e batteriologiche su osservazioni d'infezione tubercolare per la via genitale nella donna.** — Cagliari. Tip. del *Commercio,* 1889.

L'A. narra brevemente due casi di donne che ebbe a curare per endometrite ulcerativa, i mariti delle quali presentavano gravi alterazioni dei testicoli, ed uno anche lesioni polmonari tubercolari. L'esame batteriologico dell'essudato raccolto sulle superfici ulcerate rivelò la presenza di numerosi bacilli tubercolari. Le donne guarirono dopo una generosa distruzione del collo uterino col termocauterio.

Ciò esposto, passa in rassegna i nomi di coloro che rivolsero l'attenzione alla possibilità della trasmissione della tubercolosi per mezzo dei rapporti sessuali, e cita Cohnheim, Verneuil, Verchère, Fernet, Derville, Finne, Hegar, Spaeth. Dà poco peso alla penetrazione dei bacilli nei genitali femminei per mezzo dell'aria. Non nega la possibilità di una trasmissione della tubercolosi per mezzo di cateteri uterini, di cannule vaginali, delle dita, ecc., ma ritiene quasi trascurabile la loro importanza in confronto alla frequenza della propagazione durante gli avvicinamenti sessuali, e ciò non per eventuali lesioni tubercolari aventi sede sull'organo copulatore maschile, sibbene per l'azione contaminante dello sperma di individuo affetto da tubercolosi genitale, od anche soltanto polmonare. Cita gli studi di vari autori che trovarono il bacillo nell'orina e nei secreti uretrali, prostatici, quindi vede la possibiiità che essi bacilli si mescolino allo sperma. Dato questo, l'apparato genitale muliebre, presentando opportune condizioni di ricettività, rimane contagiato e presenta le prime manifestazioni tubercolari nel punto di entrata del microorganismo. Quando poi la lesione tubercolare non sia nell'apparato generatore può stabilirsi il contagio? Alcuni esperimenti di Landouzy e di Martin farebbero credere affermativamente, ma bisogna confessare non essere completamente rischiarati i possibili dubbi e specialmente per l'esito nullo che ebbero le ricerche, intese a scoprire il bacillo nello sperma tolto direttamente dalle vescicole seminali.

L'A. espone che l'assenza dei bacilli potrebbe essere in rapporto al fatto che a noi non sono noti tutti gli stadi per cui passa il bacillo della tubercolosi nella sua evoluzione morfologica.

Decio.

F. Candia. — **Sulla cura radicale operativa del prolasso totale della vagina e dell'utero.** — *Morgagni,* anno XXXI. Ottobre 1889.

Dopo un breve esordio, in cui l'autore si augura che fra breve la terapia chirurgica del prolasso utero-vaginale abbia a diffondersi, sbandendo una volta per sempre l'uso rutinario e smodato dei pessari, passa a considerare la natura del prolasso, la sua eziologia ed il suo meccanismo, ed arriva alle seguenti conclusioni: I fattori principali del prolasso sono tre. 1° sostegno sacrale deficiente; 2° deficiente tono del segmento pubico del pavimento pelvico; 3° la pressione intra-addominale a cui accorda capitale importanza. Toccato di volo il periodo antico in cui dominò la idea di una cura contentiva del prolasso, passa in rassegna tutti i diversi tentativi dei vari autori che escogitarono metodi cruenti per rimediare alla affezione in discorso, da Romain Gérardin fino ai nostri dì. La esposizione dei vari metodi è fatta assai accuratamente, nè si limita solo alla plastica vaginale ed uterina, ma si estende anche a considerare la operazione di Alexander e la via laparotomica e da ultimo anche il massaggio come cura del prolasso.

Segue la esposizione del caso clinico, di cui l'A. così formula la diagnosi: *Prolasso totale della vagina e dell'utero con enorme ipertrofia del collo. Metrite ed endometrite cronica emorragica. Cistocele, rettocele, ernia delle ovaie e di una parte del pacchetto intestinale.* L'atto operativo procedette in quest'ordine: Amputazione del collo uterino alla Martin, previo raschiamento della cavità. In altra seduta si operò la colporafia anteriore, la posteriore e la perineoplastica pure alla Martin, con lieve modificazione. L'A. vide guarire completamente la propria operata.

Decio.

F. R. Comte. — **Ether et chloroforme.** — *Revue médicale de la Suisse Romande,* n. 2, 1890.

In seguito all'interessante comunicazione del Dott. Kappeler, che porta per titolo: *Chloroforme versus Aether* (apparso nel Numero del 1 Dicembre 1889 del « Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte »), l'A. non ha voluto lasciare i lettori sotto l'impressione che il Kappeler aveva prodotto parlando contro l'uso dell'etere come anestetico in chirurgia.

Comincia col dichiarare che un ideale di anestetico non si troverà mai, pel fatto che non è possibile ottenere l'abolizione di senso e di moto mediante una intossicazione senza portare una grave offesa alle due funzioni precipue del corpo, cioè la respirazione e la circolazione. Tuttavia, analizzando bene i fenomeni che

accompagnano tanto l'uso del cloroformio come quelli dell'uso dell'etere, si può arrivare a dare un giusto valore ad entrambi senza gettare all'ostracismo nessuno nè dissimulare i pericoli di ognuno.

L'A. protesta intanto contro l'asserzione del Kappeler che *per ottenere l'anestesia coll'etere si sia obbligati a forzare la dose e di servirsi di vapori concentrati, in modo d'impedire quasi completamente l'arrivo dell'aria; che si debba in una parola, combinare l'eterizzazione coll'asfissia, ed essere questo il segreto di una buona e rapida eterizzazione.*

Poichè se anche l'ammalato si fa momentaneamente cianotico, se la respirazione viene inceppata meccanicamente per la paralisi passeggera dell'ala del naso, se qualche colpo di tosse si provoca al principio dell'eterizzazione, sono tuttavia fenomeni che facilmente si evitano o si tolgono coi mezzi razionali conosciuti. E non paiono all'A. sintomi d'asfissia, e meno poi necessari alla anestesia. Anche la dilatazione della pupilla che accompagna lo stadio d'asfissia non venne mai, se non molto eccezionalmente, dall'A. riscontrata nelle 183 eterizzazioni che ebbe a seguire presso la Clinica del Julliard a Ginevra. La pupilla ordinariamente si dilata leggermente al principio della eterizzazione, o durante uno stato passeggiero di cianosi, o durante il vomito; ma ottenuta l'anestesia la pupilla si restringe come al normale ed anzi serve di termometro prezioso pel buon andamento della narcosi.

Riguardo al modo di somministrare l'etere, è vero che bisogna dare dosi generose fin da principio, ma non si deve impedire assolutamente l'accesso dell'aria, anzi di tempo in tempo togliere la maschera. Di solito a Ginevra si usa versare da 25-30 cent. c. per volta, ed ordinariamente alla 2ª o alla 3ª dose si ottiene l'anestesia. Riguardo al vomito, questo è tanto frequente coll'uso del cloroformio che coll'etere. Così pure, dice l'A., riguardo al periodo di eccitamento con cui si inizia l'eterizzazione, esso è presso a poco eguale a quello con cui s'inizia la cloroformizzazione.

E l'iniezione di morfina che usa fare il Julliard ai pazienti prima dell'eterizzazione, non è allo scopo di evitare il periodo d'eccitamento, ma bensì per poter con minor dose di etere prolungare l'anestesia. Non altrimenti va l'abbisogna riguardo alle *controindicazioni* dell'etere rispetto al cloroformio; che secondo l'A. sono eguali, se si fa distinzione fra *contro indicazioni assolute e relative.* Riguardo a quest'ultime è noto che l'etere è più indicato del cloroformio nei casi di degenerazione grassosa del muscolo cardiaco, o in generale (secondo anche il De Nussbaum) quando il cuore è un po' fiacco, l'etere invece sarebbe piuttosto controindicato nelle affezioni, di qualche entità, delle vie respiratorie, a causa della tosse ed irritazione bronchiale che provoca. Ma anche il cloroformio in questi casi non è affatto innocuo (Duret, Richet). Forse riguardo alle affezioni cerebrali in genere, alle congestioni meningee e cerebrali l'etere potrebbe essere controindicato

rispetto al cloroformio; specialmente poi nei pazienti affetti da *delirium tremens potatorum*, come quelli affetti da compressione cerebrale. Tuttavia nulla prova che anche il cloroformio sia meno dannoso. Anche riguardo all' età l' A. difende l'etere che dovrebbe essere, secondo Kappeler, controindicato nei bambini ed in quelli affetti da arterio-sclerosi. E lo difende in modo abbastanza convincente coll'asserire che, fin'ora almeno, non si è verificata nessuna morte per causa dell'etere usato per narcosi nell' età al disotto dei 12 anni, mentre il cloroformio fino a questa età diede già 21 vittime. Conclude tuttavia che nei bambini l'anestesia va praticata con molta prudenza tanto coll'etere che col cloroformio. E così pure per l'età avanzata l'A. non crede che l'etere sia controindicato, anche quando vi sieno fenomeni di arteriosclerosi o d'enfisema polmonare, ecc. Anche rispetto a speciali malattie, per le quali alcuni autori controindicano la narcosi in genere, come nelle malattie renali, l'A. riferisce che l'eterizzazione fu ben sopportata da un paziente affetto da nefrite Brightica in una operazione di un' ernia strozzata.

Nell'operazione del gozzo è presumibilmente preferibile il cloroformio, ma bisogna pure ricordare le numerose operazioni di gozzo praticate dal Reverdin coll'uso dell'etere, senza inconvenienti.

Così pure in ginecologia e specialmente nelle operazioni laparotomiche il Müller di Berna preferirebbe il cloroformio poichè l'etere non permetterebbe sufficiente tranquillità alle pareti addominali. L'A. dubita che l'eterizzazione sia stata fatta ad un grado incompleto, dappoichè a Ginevra non è stato rilevato questo inconveniente.

Anche per *l'estrazione dei denti, per la riduzione delle lussazioni,* per le operazioni sopra soggetti anemici, in colapso, od emorragici, ecc., l'A. non ha da lagnarsi dell' etere in confronto del cloroformio.

Discute la questione della lunga durata dell'anestesia, e crede che l'etere si presta più che il cloroformio per un'operazione che raggiunga le 3 ed anche 4 ore. Cita le operazioni del Kocher il quale raggiunge l'anestesia col cloroformio, e poi continua coll' etere. Cita poi l' Hacker il quale dichiara che nessun operato si è riavuto dopo l'uso della *cloronarcosi* che superi le 3 ore.

E d'altra parte lo Streit e il Kocher sono d'avviso che l'etere sia meno dannoso del cloroformio. Quindi parrebbe all' A. che si dovrebbe inclinare più per l'uso dell'etere che per il cloroformio; tanto più poi che secondo l'asserzione di un medico, che ha provato tanto l'uno che l'altro, non si proverebbe nessuna differenza in fatto di impressione disaggradevole.

Il Kappeler fa pure l'obbiezione contro l'etere riguardo alla sua facile infiammabilità, e ciò senza dubbio costituisce un pericolo quando si è costretti operare alla luce artificiale, d' urgenza, oppure col termocauterio, e specialmente vicino alla faccia. Tuttavia il contornare la maschera di una pezzuola bagnata, o il levare la maschera a tempo debito, sono, secondo l'A. precauzioni facili e sicure

contro il pericolo d'incendio; tanto più ancora se la sorgente calorifera viene dall'alto, perchè i vapori dell'etere, più pesanti dell'aria, si espandono in basso.

Passata così in rassegna con dettagliata e fina critica la comunicazione del Kappeler l'A. richiama alcune considerazioni intorno alla statistica da lui compilata fin dal 1882, riguardo alle *morti* per *eterizzazione* e per *cloroformio*. Trova che per quest'ultimo ne constatò 232 mentre per l'etere 15 solamente. (Non dice sopra quante narcosi cloroformiche nè quante eteriche). Raffronta la statistica riguardo *all'età, alla costituzione, allo stato di salute, ed alla qualità delle operazioni* in cui avvenne la morte. Nota il momento della morte, cioè se a narcosi iniziale, se in piena narcosi, se dopo il risveglio. Rileva la *quantità* del mezzo anestetico e trova che in molti casi bastò un'esigua quantità di cloroformio per avere la morte. E neppure i risultati delle autopsie sono in grado di sdebitare al cloroformio la causa della morte, poichè nei decessi di cloroformio non si trovarono quelle lesioni così evidenti che furono trovate nelle autopsie per morte di etere. Anche le esperienze di fisiopatologia sugli animali sarebbero in favore dell'etere; e secondo lo Schiff si dovrebbe concludere che l'impiego del cloroformio deve essere abbandonato in confronto dell'etere, poichè questo è meno pericoloso quando si sorvegli bene la respirazione.

In fine l'A. riepiloga le proprie convinzioni sull'argomento nelle seguenti conclusioni che qui riporto testuali.

I. L'anestesia può essere ottenuta coll'etere altrettanto come col cloroformio, senza essere obbligati d'impiegare dosi eccessive e d'impedire più o meno l'accesso dell'aria alle vie respiratorie.

II. Il metodo intensivo che consiste nel versare nella maschera 5 cent. c. d'etere di maniera d'ottenere l'anestesia in 2 minuti, deve essere proscritto; essendo, se non pericoloso, almeno molto penoso per l'ammalato.

III. Gli inconvenienti risultanti dall'odore, dal vomito durante e dopo l'anestesia, come pure dal malessere consecutivo, sono presso a poco gli stessi, qualunque sia il mezzo anestetico impiegato.

IV. Il periodo d'eccitamento non è nè più lungo nè più intenso coll'etere che col cloroformio. Le forti eccitazioni non si producono mai se non in caso di alcoolismo. Mentre si osserva qualche volta coll'uso dell'etere una certa agitazione nello svegliarsi, e qualche volta anche, nelle donne, delle vere crisi isteriche.

V. Le controindicazioni dell'etere non sono così numerose come credono i partigiani del cloroformio. Esse si riferiscono solamente alle affezioni acute delle vie respiratorie come a quelle che accompagnano le laringo e tracheo-stenosi. In oltre l'etere è controindicato tutte le volte che si è obbligati di servirsi del termocauterio sul capo o vicinanze, o di operare in prossimità di un focolaio di combustione. Il pericolo d'incendio può essere molto diminuito se si usano certe precauzioni.

VI. Fatta riserva dei casi sopraccennati l'etere merita la preferenza sul cloroformio in tutte le operazioni, e specialmente nella chirurgia dentaria, nella riduzione delle lussazioni ed in tutte le operazioni di lunga durata.

VII. Il metodo impiegato dal Kocher e consistente nel mantenere l'anestesia coll'etere dopo averla raggiunta col cloroformio è poco razionale, visto che la metà dei casi di morte per cloroformio si è prodotto al principio della inalazione prima dell'anestesia completa. Il pericolo di morte da cloroformio non si trova in tal modo evitato che per metà.

VIII. L'etere è meno pericoloso del cloroformio. Quantunque il fatto non sia assolutamente dimostrato dalla statistica, la presunzione tuttavia è così grande che equivale a certezza.

IX. Ammesso anche che le morti per l'etere siano numerose come quelle prodotte dal cloroformio, l'etere meriterebbe la preferenza, poichè quasi sempre nei casi di accidente fatale per l'uso di esso la gravità della malattia o dell'operazione e le lesioni riscontrate all'autopsia sono sufficienti per sdebitare più o meno il chirurgo della sua responsabilità. Ciò non si può dire nel caso di morte per cloroformio, la quale non è giustificata, il più sovente, nè dallo stato generale del paziente, nè dalla gravità dell'operazione, nè dal risultato dell'autopsia.

X. La respirazione del paziente eterizzato deve essere sorvegliata continuamente e quantunque non sia necessario di controllare l'andamento del polso, sarebbe pericoloso il confidare l'eterizzazione a chi non sia medico sufficientemente esercitato. Il pericolo dell'etere risiede precisamente nella troppa confidenza che si ha sulla sua innocuità.

SECCHI.

DÖDERLEIN. — **Experimentelle Unsersuchungen über Desinfection des Catgut** *(Ricerche sperimentali sulla disinfezione del catgut)*. — *Munch. Med. Wochenschr.*, N. 4, 1890).

Le minugie sono già da lungo tempo adoperate come materiale di legatura in chirurgia. Già nel 1817 le adoperò Cooper e prima di lui le aveva raccomandate Lawrence, raccomandando pure l'affondamento delle legature a capi corti. Le minugie trovarono però impiego generale soltanto dopo che Lister, preparandole coll'olio fenico, le potè unire alla schiera degli antisettici come catgut carbonizzato provando come, quando si impedisca l'infezione, il catgut col quale furono legati i vasi, non impedisca in alcun modo la riunione per prima intenzione e per lo più venga riassorbito nei tessuti viventi. Più tardi vennero fatte numerose ricerche sulla sorte delle legature di catgut affondate; sono questi i lavori di P. Bruns, W. Callender, Fleming, Tillmanns, V. Lesser. Il Tillmanns in ispecie

descrive assai chiaramente questo processo di riassorbimento, asserendo che il materiale morto (p. e. peduncolo ovarico-catgut), viene circondato e premuto dai tessuti viventi e in parte cambiato in detrito granulare viene portato lungi come tale dalle cellule migranti o, fluidificato, viene riassorbito. Dopo che il catgut all'olio fenico entrò in chirurgia come materiale di legatura, venne anche impiegato per le suture offrendo i punti dati con esso il grande vantaggio che non ne è necessaria l'ablazione per quanto con completa asepsi possono rimanere nella cavità addominale e nelle ferite anche seta, crine di Firenze, fili d'argento e tubi di gomma. Tuttavia gli esempii di lente eliminazioni di tali materiali anche per mezzo di suppurazione e di fistole, provano che nelle suture della pelle e delle mucose qualunque materiale di sutura deve essere tolto dopo un tempo più o meno breve: solo della sorte del catgut non necessita preoccuparsi ulteriormente, vantaggio che, più che in ogni altro campo, acquista importanza in ginecologia nelle operazioni sulla vagina e sulla *portio vaginalis*. Il Werth pel primo lo usò estesamente nelle operazioni plastiche per sutura continua, e il Bröse e il Keller lo raccomandarono per le lacerazioni del canale vaginale come l'Hofmeier per la plastica dell'intestino.

Nel taglio cesareo per la sutura dell'utero fu impiegato anzitutto dal Birnbaum nel 1874. Però delle donne operate dal Birnbaum due morirono per emorragia, ed al catgut appunto dà il Freudenberg la colpa di tal fatto perchè i nodi della sutura erano in parte caduti: il Leopold, non convinto di ciò, lo impiegò nuovamente nella sutura dell'utero dopo il taglio cesareo, e con successo buono, tanto che da allora il catgut è adoperato anche in questa operazione.

Ma coll'uso generale cominciano le grida di allarme riguardo alla sua provenienza. Lo Zweifel, chiusa, suturandola con catgut, una piccolissima fistola, al 12.° giorno vide insorgere nella donna una forma setticemica cui seguì la morte. Avendo l'autopsia provato come si trattava di infezione partente dal bacino si esaminò il catgut adoperato, ed in esso furono trovati micro organismi. Dopo ciò, in Erlangen esaminando questo materiale da sutura prima di ogni operazione, si trovarono ripetutamente bacilli nell'olio fenico e tra le lamelle del catgut.

Quanto giusta fosse tal cura dello Zweifel provò il Koch colle sue ricerche riguardo al potere disinfettante dell'olio fenicato sui fili di seta infetti. Egli trovò che l'acido fenico, sciolto nell'olio, non dispiega che un minimo potere disinfettante: non solo le spore renitenti del carbonchio, ma neppure i bacilli meno resistenti alle influenze contrarie al loro benessere vengono alterati dall'olio fenicato, e i fili di seta, messi entro questo, conservarono i bacilli con tale capacità vitale quale l'avevano conservata quelli deposti in olio puro e quelli conservati asciutti per controllo.

Solo al fatto che puri saprofiti e non germi patogeni sono per lo più contenuti nel catgut fenico, si deve attribuire la poca frequenza dei casi disgraziati.

Ben tosto però si diedero due nuovi metodi di preparazione del catgut: all'acido cromico ed all'olio di ginepro.

Il Lister stesso nel 1881 diede questa formola; per 4000 parti di acqua distillata se ne prendono una di acido cromico e 400 di acido fenico puro, ed in questa soluzione si mette tanto catgut da eguagliare all'incirca il peso dell'acido fenico: dopo si trae fuori, si asciuga, e conservato in una soluzione oleosa di acido fenico al 20 p. cento è pronto per l'uso: non si trovano però comunicazioni successive riguardo a questo catgut.

Un altro metodo di preparazione è dato dal Mikulicz: il catgut greggio rimane 24 ore in soluzione di glicerina fenicata al 10 p. cento: tratto fuori sta ad indurire per 4-5 ore in soluzione di acido cromico al 1[2 per cento e poi viene conservato in alcool assoluto. Questo catgut viene secondo il Mikulicz riassorbito solo dopo 4-5 settimane: fu adoperato particolarmente dal Leopod per la sutura dell'utero in causa della sua solidità e resistenza. Astrazion fatta però dalla questione se il catgut così preparato diventi asettico, il che si potrebbe senz'altro ammettere *a priori* viste le energiche proprietà dell'acido cromico, e visti anche i risultati pratici, bisogna tener presente lo svantaggio che porta tale preparazione al catgut impedendogli di venir riassorbito in un determinato tempo: in una parola questo catgut è secondo l'espressione di Lister « preparato eccessivamente. »

Il prof. Zweifel lo adoperò dopo le raccomandazioni del Leopold. Nelle operazioni vaginali i punti dovevano sempre venir tolti perchè restavano così poco assorbiti come la seta: nella colporafia rimasero fino a 4 settimane inalterati fino a che l'aumento stesso della secrezione, provando che non se ne effettuava l'assimilazione, rendeva necessario il toglierli. Nelle estirpazioni totali le legature affondate dei legamenti larghi si espulsero per la via vaginale. Nella cavità addominale nelle ovariotomie, miomectomie, sezioni cesaree, le allacciature fatte con catgut cromico si mantennero bene come accade del resto anche per quelle fatte con materiale per nulla riassorbibile: il crine di Firenze però può essere riassorbito per quanto assai lentamente, quindi molto tardi.

Quanto possa ritardare tale assorbimento del catgut cromico, dimostrano due casi di ripetizione del taglio cesareo nelle stesse donne, una volta dopo un anno e mezzo dalla prima esecuzione, e si trovarono ancora traccie evidenti dei punti di sutura dell'utero, un'altra volta dopo due anni e mezzo e, almeno nella parte superiore, che venne sola in luce, non se ne riscontrò più traccia.

Il lento riassorbimento del catgut porta tuttavia con sè alcuni svantaggi come provano alcuni casi di convalescenza assai ritardata, e di persistenza di fistole (Sänger, Lister) per mesi ed anche per un anno fino alla completa eliminazione dei fili. Fatti questi che trovarono una controprova nelle ricerche sperimentali di Thomson, il quale, avendo cucito in animali ferite uterine con catgut

cromico, trovò dopo 64 giorni i punti completamente intatti nelle parti vaganti liberamente nell'addome, coperti più o meno da una membrana.

Questo modo di preparazione del catgut si dovette dunque giudicare come poco conveniente. Un altro metodo che, coll'andare del tempo raggiunse la massima diffusione, fu quello coll' olio di ginepro che Kocher anzitutto diffuse nell'anno 1881. Egli provò prima di ogni cosa la virtù germicida dell' olio di ginepro: collocò in esso carne per mezz'ora quindi nell'acqua e mise il vaso aperto in una stufa da covatura a 40°. Non si sviluppò alcun microorganismo, il che fu provato dalle culture tentate in gelatina nutritiva mentre le ricerche di controllo provarono che, nella carne non rimasta in olio di ginepro, entro ventiquattr'ore si manifestava intensa putrefazione. — Dopochè adunque questo potere disinfettante dell' olio di ginepro fu comprovato, pensò a sostituirlo all'acido fenico nella preparazione del catgut, e il Kocher riscontrò che esso in un giorno distrugge con sicurezza i microorganismi che si riscontrano nel catgut greggio. Egli raccomanda di collocare il catgut per 24 ore nell'olio di ginepro puro, quindi di conservarlo in alcool al 95 p. cento: per renderlo più flessibile si può prima di metterlo nell'alcool lasciare in glicerina per un giorno. Questo modo di preparazione fu in generale bene accolto e vi si fecero numerose modificazioni.

Una raccomandate da Cohn è questa: il catgut greggio viene posto per 24 ore in olio di ginepro, quindi per 24 ore in glicerina e viene conservato in alcool assoluto cui si aggiunge olio di ginepro fino a lieve precipitato. — Schroeder lo provò nelle operazioni vaginali, nella sutura dell'utero dopo il taglio cesareo, nella legatura del moncone da miomectomia e nella sutura cervicale dopo le amputazioni.

Il Roux raccomanda che il catgut venga posto durante 8 giorni in olio di terebentina rettificato, quindi per un quarto d' ora lavato nell' etere assoluto e conservato poi in alcool assoluto.

Hummel raccomanda invece che il catgut in istrati non troppo grossi rimanga da sei a 12 ore in una soluzione acquosa di sublimato all'uno per mille, quindi mantenuto in alcool coll'aggiunta di alquanta glicerina: somiglianti metodi hanno pubblicato Schede ed Esmarch.

È però da raccomandarsi sempre che la disinfezione del catgut venga fatta nelle cliniche e non si comperino per ragioni di sicurezza le preparazioni che vengono poste in commercio dalle fabbriche.

Si era appena colla preparazione delle minugie raggiunto un grado di sicurezza soddisfacente riguardo a questo materiale per ogni rapporto soddisfacente quando da Kocher stesso che aveva introdotto quello all'olio di ginepro risuonò il grido: « Via il catgut. » E precisamente non soltanto « Via il catgut al ginepro, » ma il catgut anzitutto: il Kocher attribuì una epidemia di infezione, sviluppatasi nella sua clinica, al catgut che pure nella solita maniera era stato rigorosamente preparato.

Il decorso della infezione era tale che le ferite senza inconvenienti guarivano con poco solida cicatrice, dopo alcuni giorni si sviluppava colla febbre la suppurazione e si manifestavano grandi ascessi con isviluppo sottocutaneo di gas e raccolta di secreti fetidi. Si abbandonò il catgut, e in tutte le operazioni in cui per sutura si era adoperata seta fina, si ebbe la prima intenzione. Ma per quanto gravi e precisi siano questi fatti clinici, manca loro tuttavia la prova sperimentale che realmente il catgut fosse il tramite di infezione.

Il Kocher stesso, raccomandando la disinfezione del catgut al ginepro ne aveva provato la sicurezza e precisamente la tecnica delle ricerche batteriologiche praticate nel periodo fra il 1881 in cui il Kocher raccomandò l'olio di ginepro, e il 1888 in cui lanciò il suo grido d'allarme, aveva provato che ai germi di questo catgut supposto infetto cui il Kocher ascrive le proprie infezioni, non si doveva attribuire alcuna importanza. Egli non dice se ha intrapreso con questo catgut alcuna ricerca: dice soltanto: L'ultimo semestre di estate ci ha appreso come il catgut, grazie alla sua origine sospetta, può essere in tal guisa infetto che la sua disinfezione coi migliori, coi più energici antisettici (1 per mille sublimato — olio di ginepro) non sia sufficiente. — È facile a comprendersi come questa diffida lanciata dal Kocher anche contro il catgut al ginepro da lui stesso anzitutto raccomandato, ne abbia diminuito l'uso a tale che molti operatori lo abbandonarono del tutto.

Una via affatto diversa per disinfettare il catgut e renderlo atto alle operazioni fu più tardi indicata dal Reverdin e dal Benckiser: il primo credette di disinfettare il catgut riscaldandolo per 5 ore a 150°. Ma, osservato che questo metodo lo rendeva straordinariamente fragile credette di dare la colpa di ciò all'olio di cui lo imbevono i fabbricanti per conservarlo: infatti usando catgut affatto privo di grassi non si ebbe più alcun segno di fragilità. — Il Benckiser notando come il catgut si sterilizzi sicuramente col calore secco provò ad infettarlo coi cocchi del pus, i quali tutti morirono dopo il riscaldamento da 130 a 140 durante due ore. E certamente un così semplice processo, che viene del resto frequentemente usato per vetri ed apparati in batteriologia, è particolarmente atto a sterilizzare il catgut per le operazioni. L'Autore fece ricerche nel laboratorio di Hofmann sulla sicurezza della disinfezione del catgut greggio: in principio predominò il concetto di far uso di minugie provenienti da animali carbonchiosi: ma in un animale carbonchioso i bacilli non giungono allo stato di spore: una minugia di questo animale sarà dunque un sicuro mezzo di confronto per la disinfezione del catgut se i bacilli avranno la possibilità di passare in essa, dopo l'allontanamento dal corpo dell'animale, nella forma più resistente di spora: parve per questo più conveniente di aggiungere alle minugie già preparate come catgut greggio, le spore di carbonchio. Siccome poi io non volli sperimentare soltanto come mezzo di disinfezione il calore che, naturalmente, colla lenta azione penetra

anche nell'interno del filo, ma il sublimato e l'olio di ginepro, mi parve conveniente adoperare un catgut che contenesse i germi anche nella parte interna: ciò appunto per la presunzione del Kocher che la superficie del catgut venisse nella preparazione ben disinfettata, ma che nell'interno persistessero i germi capaci di sviluppo, tostochè per un processo di assorbimento divenissero liberi entro un tessuto vivente. Perciò l'infezione del materiale da esperimento fu fatto in questo modo: il catgut greggio di diversa grossezza fu tagliato in un gran numero di pezzi di 3 a 5 cent. di lunghezza e questi collocati in vetri che contenevano 10 c. c. di soluzione nutritiva, brodo di peptone di carne sterilizzata, durante un'ora in una corrente di vapore. — In questi vetri che rimasero per una settimana a 37° in una stufa da incubazione, non si sviluppò alcun microorganismo. Vennero poi infettati collo stafilococco piogeno aureo: dopo alcuni giorni il brodo era divenuto completamente torbido: i pezzi di catgut che colla permanenza nel brodo a 37° si erano fortemente gonfiati, si riempirono così completamente di stafilococchi: vennero poi deposti in una piastra di vetro sterilizzata ed asciugati in un'essicatore ad acido solforico. Dopo ciò i fili, asciugati fino a divenir duri, vennero conservati per le successive preparazioni in un vetro asciutto. Gli stafilicocchi conservarono durante mesi nel catgut asciutto la piena capacità di sviluppo, e dai pezzi che tre mesi dopo furon posti nel brodo, si svilupparono ancora meravigliosamente. Per rafforzare la capacità vitale dei germi nel catgut asciutto, sono assai più adatti i mezzi di coltura liquidi che non i solidi in cui la germogliazione segue più difficilmente: la purezza delle culture fu provata, com'era giusto, mediante inoculazioni.

Modo di comportarsi del catgut infetto di fronte a soluzione acquosa di sublimato 1[1000 e all'olio di ginepro.

I pezzi di catgut infettati nel modo suesposto furono lasciati per 24 ore nel sublimato e poi trasportati in 10 c. c. di brodo e, in nessun vetro, neppure dopo giorni si svilupparono germi, così adunque la soluzione di sublimato aveva sicuramente uccisa in 24 ore tutti i germi, anche quelli interni del catgut secco o duro. E poichè non era provato che la quantità sia pur lieve, di sublimato aderente ai fili, non avesse impedito lo sviluppo delle culture, i vetri rimasti puri vennero infettati con stafilococchi e lo sviluppo ne fu prontissimo per quanto negli stessi vetri fosse rimasto il catgut previamente immerso nel sublimato.

E quando, insieme col catgut rimasto per otto giorni nel sublimato si portarono nei vetri da cultura degli stafilococchi, subito in essi il brodo si alterò e si svilupparono colonie. Le traccie di sublimato introdotte nel materiale di coltura non ne avevano dunque alterato la bontà, ed in questo modo fu provato che il

catgut, rimasto per 24 ore in una soluzione di sublimato 1[1000, è certamente sterilizzato. Rimaneva poi a provarsi che l'olio di ginepro lo mantiene asettico anche se vi si introducono germi.

L'azione antifermentativa dell'olio di ginepro era stata già provata dal Kocher; era tuttavia da provarsi l'azione sua sui microorganismi patogeni, ed a tale scopo furono introdotti pezzi di catgut asciutti, infettati con stafilococchi nell'olio di ginepro puro. Una seconda ricerca consistette nell'infettare olio di ginepro con grande quantità di stafilococchi.

La prima ricerca provò che già dopo 24 ore i germi del catgut erano distrutti, e il brodo adoperato rimase limpido: in ugual modo l'olio infettato rimanendo limpido provava la distruzione dei germi. All'olio di ginepro si può adunque attribuire una azione antisettica così da adoperarlo per la preparazione e la conservazione del catgut.

Ricerche sulla disinfezione del catgut mediante il calore asciutto.

Nell'ultimo congresso della società di ginecologia tedesca in Freiburg vennero mostrati dal Benckiser fili di catgut disinfettati in questo modo i quali davvero non lasciavano nulla a desiderare quanto a solidità e flessibilità. Le mie ricerche per disinfettare il catgut in questo modo, mettendolo in un recipiente che, riscaldato a 30 in una stufa da disinfezione vi rimaneva per un'ora, provarono che questo metodo, pur sterilizzando bene i fili, li rendeva duri e fragili, inutilizzabili per un atto operativo.

Ripetute ricerche provarono però che questo fatto che, del resto non si verifica sempre, costituisce l'unico inconveniente di questo processo, inconveniente che il Reverdin disse, dovuto al grasso che si contiene nel catgut. Ma il fatto che non era costante l'alterazione mentre il contenuto grasso rimaneva lo stesso, provò che tale indurimento e tale aumento di fragilità del catgut si dovevano piuttosto alla variabile quantità d'acqua in esso contenuta. Per provarlo venne inzuppato del catgut asciutto con olio di ulive e un altro filo fu esposto per breve tempo al vapore acqueo: portati poi ambo i fili a 150 per un'ora, si trovò che mentre il primo aveva conservato completamente la propria flessibilità e la propria resistenza, il secondo era diventato duro e fragile, il che si spiega bene col pensare che il catgut inzuppato d'olio perde assai più difficilmente la propria acqua che non quello digrassato: il catgut assorbe nell'aria umida molta acqua; riscaldato rapidamente, mentre i vapori acquei non possono venirgli a contatto si forma una specie di colla, di modo che dopo il raffreddamento diviene rigido e fragile; questo fatto succede anche maneggiandolo colle mani bagnate. Perciò si riscaldi prima il catgut a 70° od 80° centigradi per toglierne l'acqua igroscopica, poi lo si sterilizzi a 130. — Per la pratica si dovrebbero riscaldare lentamente fili di 2 1[2

a 3 metri in vetri separati, poi sterilizzarli a 130: — questo è più conveniente che l'invilupparli in carta la quale ha pori non abbastanza piccoli. -- Reverdin e Benckiser stabilirono prove intorno alla purezza del catgut così sterilizzato, e l'autore stesso ebbe nelle sue ricerche uguali risultati. Il catgut così preparato acquista durezza e resistenza non indifferenti e che vengono aumentate dalla malleabilità. Per poterlo facilmente annodare si tuffa prima dell'uso in acqua calda bollita.

Forse non è indifferente il vantaggio di non introdurre nelle legature e nelle suture materiali estranei come olio di ginepro ed alcool, e per la pratica generale questo catgut asciutto e sterilizzato si può trasportare assai più facilmente che non quello conservato in liquidi.

Dott. R. Polacco.

E. Leblond. — **Note sur quelques affections utérines traitées par le massage.** — *Revue des Maladies des femmes.* N. 1, 1890.

Parecchie applicazioni del massaggio seguite da risultato favorevole permetterebbero all'A. di concludere che tale pratica è instituibile con successo in talune forme quali, spostamenti d'utero con o senza aderenze, endometriti catarrali, dismenorrea, emorragie da atonia, dolori alle reni od ai lati del ventre, reliquati di processi flogistici degli annessi.

Norstroem vuole che il massaggio sia fatto dalla mano che sta sull'ipogastrio e che le dita collocate in vagina servano solo a sostenere e ad immobilizzare l'utero mentre invece, qualora questo è mobile, è preferibile il portarlo ad incontrare la mano esterna, ed il massaggio può al contrario essere fatto dalle dita situate nel canal vaginale: si avrebbe il vantaggio di poter compiere la manovra al davanti ed al di dietro del corpo uterino, sopratutto se esiste una deviazione, senza contare che questo metodo è di necessità nei casi di resistenza, e di ragguardevole spessore delle pareti addominali. L'A. praticò il massaggio isolato dei legamenti, anche in donna al principio di gravidanza, e senza alcun inconveniente, e crede che questa applicazione speciale sia necessaria nei casi in cui si hanno dolori sui lati del ventre, e che tale massaggio dei legamenti, non praticato dal Norstroem, affretterebbe la guarigione del prolasso ottenuta da questo osservatore solo in seguito a 40-50 sedute.

Insiste nel dire che le sedute devono incominciarsi solo quando sono dissipati i fenomeni d'acuzie del processo flogistico, che non si deve impiegare la forza, ma la dolcezza, la pazienza e la prudenza e che se al principio il massaggio è spesso doloroso, la tolleranza peraltro si stabilisce rapidamente. Infine riporta l'opinione di Gaudin dell'utilità del massaggio uterino nei casi di turbe psichiche riflesse dalla sfera genitale.

Dott. F. Villa.

E. Falk. — **Ueber Hydrastinin und dessen Anwendung bei Uterusblutungen** (*Dell'hydrastinina e del suo uso nelle emorragie uterine*). — *Therapeutische Monatshefte.* Januar, 1890.

L'hydrastis Canadensis deve la sua azione a due alcaloidi, la berberina e l'hydrastina, su un prodotto d'ossidazione della quale, chiamato hydrastinina, l'A. intraprese delle ricerche nel campo sperimentale ed in quello terapeutico, che lo condussero ad acquistare la convinzione che tale derivato è un mezzo ottimo per arrestare le emorragie interne. L'hydrastinina che si ottiene scaldando l'hydrastina con acido nitrico diluito e precipitando il prodotto con un alcali è una sostanza bianca che fonde a 116°–117°, e che solubilissima nell'alcool, etere e cloroformio, lo è assai poco nell'acqua calda. L'A. fece le sue esperienze sulle rane e sui conigli e ritrovò che l'azione più interessante del farmaco è quella sul sistema cardiovascolare, forte contrazione dei vasi per influenza diretta sugli stessi, rallentamento e rinforzo dell'impulso cardiaco senza alcuna irregolarità, e qui pure per azione diretta sul miocardio.

L'A. riassume e mette a confronto in un quadro le proprietà dell'

Hydrastina	e dell' **Hydrastinina**
1. Produce uno stadio tetanico, iniziato da aumento dei riflessi, cui segue negli animali a sangue freddo una paralisi completa devoluta a paralisi del midollo spinale. Negli animali a sangue caldo ordinariamente precede lo stadio paralitico a quello tetanico.	1. Tanto meno negli animali a sangue caldo che in quelli a sangue freddo produce paralisi per la sua azione sulle sfere motrici spinali. Non esiste uno stadio tetanico.
2. Produce paralisi cardiaca: negli animali a sangue freddo, sono paralizzati per vero prima i ganglii inibitori che il ganglio automatico. Anche negli animali a sangue caldo è un veleno del cuore.	2. Aumenta la contrattilità del miocardio e non è un veleno del cuore.
3. Ha azione locale sulla musculatura.	3. Non ha alcuna azione locale sulla musculatura.
4. Produce per mezzo di eccitazione dei centri vasomotori, crescente tensione vasale ed aumento della pressione del sangue: questo è relativamente minore	4. Induce contrazione dei vasi, per azione diretta sugli stessi, ed aumento della pressione del sangue in modo progressivo, assai pronunciato, e duraturo,

Hydrastina.	*Hydrastinina.*
non duraturo, ma interrotto per profondi abbassamenti rapidi della pressione del sangue e rilasciamento dei vasi (sopratutto durante gli attacchi tetanici).	perchè non interrotto da alcun stato di rilasciamento.
5. Durante il tetano si trova rallentamento del polso per eccitazione del vago, e medesimamente tale lentezza si osserva nello stadio avanzato dell'avvelenamento.	5. Coll' aumento della pressione sanguigna si ha rallentamento del polso per eccitazione centrale del vago.
6. All' eccitazione dei centri vasomotori, segue la paralisi degli stessi, per cui progressivi rilasciamenti dei vasi ed abbassamento della pressione sanguigna fino alla morte.	6. La caduta della pressione del sangue che si ha poco prima della morte è secondaria, non è devoluta al rilasciamento dei vasi, e tale pressione può rialzarsi colla respirazione artificiale.
7. L' esito letale segue per paralisi cardiaca.	7. La morte è causata da paralisi del centro respiratorio.

Questo confronto ci mostra, che per la mancanza di eccitazione del midollo spinale, per la favorevole influenza sul cuore e sopratutto per la potente e duratura contrazione dei vasi, l' impiego terapeutico della hidrastinina debba essere considerato più appropriato di quello dell' hidrastina.

L'iniezione (1 gr. di soluzione al 5 0[0]) non dà alcuna eccitazione locale, non è menomamente dolorosa, ed al più lascia un senso di freddo o di lieve bruciore ed un indurimento che non passa mai ad ascesso, ed in complesso le donne che vennero sottoposte a questa cura dichiararono di preferirla di gran lunga a quella dell'ergotina. In alcuni casi, per lo più di endometriti, seguirono lievi dolori simili a quelli del parto e qualche po'di emorragia per poche ore.

L'A. adoperò l' hydrastinina nella cura delle menorragie e delle metrorragie senza causa locale, ed in quelle sostenute da metrite, endometrite, piosalpinge ed in una serie di tumori fibrosi che causavano perdite sanguigne.

Nella prima specie di tali metrorragie l' hydrastinina apparve attivissima, giacchè la mestruazione cessò d' essere dolorosa, le perdite scemarono, i periodi mestruali durarono minor tempo ed i catamenii si presentarono a maggiori intervalli. Due casi di emorragie ovariche legate ad isterismo non furono punto influenzate dalle iniezioni del farmaco, mentre al contrario in due casi di piosalpinge l' hydrastinina diminuì la congestione dei genitali e moderò le gravi emorragie. In otto casi di endometrite emorragica, tre dei quali complicati da metrite cronica si ebbero ottimi risultati non solo durante la cura, ma anche per più mesi di poi. Effetti meno favorevoli si ottennero in forme di iperplasie del tessuto uterino,

mentre invece l'A. ebbe a lodarsi grandemente dell'hydrastinina nella cura dei miomi; poche iniezioni bastarono ad arrestare emorragie che duravano da 4-8 settimane ed a rendere più lunghi i periodi intermestruali. In complesso su 26 casi, 4 soli non ottennero guarigione o miglioramento. Il Falk non ha esperienza relativamente all'uso di questo preparato nel puerperio, ma però crede verosimile che l'hydrastinina arrechi effetti favorevoli non solo per la contrazione dei vasi, ma anche perchè agisce eccitando la musculatura dell'utero, come proverebbero i lievi dolori simili a quelli del parto già segnalati, specie nei casi di endometrite.

Relativamente al modo d'impiegare il rimedio l'A. dice d'aver cominciato assai spesso la cura durante l'emorragia e d'aver veduto che nelle endometriti talora una sola iniezione, e nei miomi poche iniezioni recavano cessazione delle perdite. I migliori risultati ottenne quando in casi di dismenorree congestive o di menorragie profuse dovute ad alterazioni di tessitura dell'utero, iniziò la cura 6-8 giorn. prima dell'apparire dei catamenii. Iniettò giornalmente mezza siringa di una soluzione al 10 p. 0[0 ed all'incominciare della mestruazione una siringa piena cioè gr. 0. 1 di hydrastinina ogni giorno fino al cessare della perdita. Nelle emorragie atipiche iniettò ogni due giorni gr. 0,05 della soluzione.

La prescrizione sarà

Idroclorato d'hydrastinina	gr.	1
Acqua distillata	»	10

per iniezioni ipodermiche.

L'A. crede che grandi dosi non offrano alcun vantaggio in confronto a quella ordinaria di gr. 0,05, ma che non arrechino alcun danno.

La casa Parke, Davis e C.° fornisce un preparato puro.

Dott. F. Villa.

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Accademia di Medicina di Parigi.

Seduta del 4 Febbraio 1890.

LE LEVATRICI E L'ANTISEPSI PUERPERALE.

In vista delle epidemie di febbre puerperale troppo spesso segnalate nella clientela delle Levatrici, e contro cui pressochè dappertutto, all'estero, si provvide, considerando inoltre che solo la pratica razionale dell' antisepsi poteva apportarvi un rimedio, il Ministro dell' interno ha consultato l'Accademia sui due quesiti seguenti:

1.° Si deve permettere alle Levatrici nella loro pratica l'uso degli antisettici?

2.° In questo caso, sotto qual forma si potranno loro affidare le sostanze medicinali, e quali modificazioni converrà fare ai regolamenti ed alle Leggi in vigore?

Nominata una commissione, il relatore Budin ne comunica all'Accademia i lavori e le deliberazioni. Esposti i fatti che giustificano le domande del Ministro, considerando che in Austria, Prussia, Inghilterra, Belgio furono prese misure per combattere la febbre puerperale, si è riconosciuta l' urgenza dell' applicazione dei metodi antisettici preconizzati dal Lister, dal Pasteur e da tanti fisiologi, chirurghi e medici contemporanei.

L'inchiesta ha stabilito che, per deficenti precauzioni, le mani, le braccia, le unghie, gli abiti delle levatrici servivano di veicolo al contagio, che inoltre prive di sostanze antisettiche efficaci, le quali non possono dai Farmacisti fornirsi che dietro prescrizione medica, esse provavano serie difficoltà per rendere la loro pratica inoffensiva. Perciò la Commissione opina che sul primo punto l'Accademia può rispondere senza esitare: sì, è opportuno autorizzare le Levatrici a servirsi delle sostanze antisettiche. Resta a regolarsi il punto più difficile, cioè la scelta delle sostanze, e la Commissione, riconosciuto il vantaggio di raccomandarne una sola, le passò tutte in rivista cercando la meno costosa, la più facile a maneggiarsi, a trasportarsi, a conservarsi, la più efficace. Messa da parte la soluzione con-

centrata di acido fenico, irritante e di odore disaggradevole, l'acido borico, il naftolo B, si pensò al bicloruro di mercurio volgarmente detto sublimato. Ma contro gli immensi vantaggi suoi si obbietta che è tossico. Senza dubbio, ma se in otto anni si contarono al massimo sedici avvelenamenti da sublimato, cosa è questa cifra in confronto delle epidemie puerperali? Tutto al più le Levatrici dovranno subito prevenire il Medico quando alcun che di abnorme si sarà manifestato durante la gestazione, durante o dopo il parto. La Commissione propone di fare preparare per le Levatrici dei pacchetti contenenti 25 centigrammi di sublimato con 1 grammo di acido tartarico ed 1 milligrammo di rosso di Bordeaux. Questa polvere, versata in un litro di acqua calda, servirà per le lavande e le iniezioni.

Prima e dopo le operazioni, la Levatrice si laverà accuratamente le mani, le unghie e gli avambracci nell'acqua calda, si servirà di vaselina al sublimato, terrà gli strumenti durante alcuni minuti nell'acqua bollente. I farmacisti scriveranno in modo ben chiaro sui pacchetti suindicati la parola *tossico*.

Iungfleisch domanda che si sostituisca al rosso di Bordeaux una sostanza verde o bleu che impedisca di confondere il liquido antisettico con del vino.

Worms che si aggiunga alla polvere una sostanza la quale dia alla soluzione un sapore così disaggradevole che riesca impossibile di berla.

Laborde vorrebbe una sostanza che, senza diminuire le proprietà antisettiche del sublimato, ne annulli le tossiche. Crede possibile di risolvere il problema e promette di provarvisi se l'Accademia vuole accordargli una dilazione di alcuni giorni.

Seduta dell' 11 febbraio 1890.

Si riprende la discussione, Laborde trova inconvenienti alla colorazione della soluzione per mezzo del rosso di Bordeaux che le dà una tinta rosea analoga a quella di certi vini bianchi, e preferirebbe l'aggiunta di solfato di rame che è insieme antisettico ed emetico, sicchè se per errore od altro si ingoiasse la soluzione, del resto di sapore assai disgustoso, verrebbe subito e completamente vomitata.

Guéniot dice che obbligando le Levatrici all'uso del sublimato, l'Accademia si addossa una ben grave responsabilità, molto più che i 16 casi d'avvelenamento citati dal Budin sono ben lungi dal rappresentare la totalità degli accidenti. Il sale mercuriale è un'arma a doppio taglio che, secondo le condizioni nelle quali si impiega, può prevenire o determinare l'avvelenamento, e che pure in soluzione acquosa al 1 per 4000 è dannoso per le albuminuriche, le dissenteriche, le donne colpite da metrite. L'acido tartarico, mantenendone la solubilità, ne aumenta i pericoli, perciò, ripetendo all'Accademia i timori già espressi inutilmente ai col-

leghi della Commissione, domanda di scegliere un altro antisettico: l'acido fenico ed il timolo hanno grandi vantaggi senza gl'inconvenienti del sublimato; si rammenti inoltre che nella campagna i Medici non sono sempre pronti e che là sopra tutto le Levatrici lasciano molto a desiderare.

Charpentier domanda per le Levatrici il libero impiego di tutti gli antisettici sotto la loro responsabilità, meravigliandosi inoltre che si sia scelto il sublimato che è proprio il più pericoloso. L'acido fenico, il solfato di rame, il timolo e il naftolo valgono ben meglio che il sublimato.

Ulisse Trélat con poche parole incisive e spiritose difende le proposte del relatore accennando come nulla sia più difficile a prescrivere ed a regolare che l'uso dell'acido fenico, del timolo, e degli antisettici raccomandati dal Charpentier. Accenna ad una signora sua cliente che seguendo i consigli d'una sua amica, per guarire una lieve puntura ad un dito, lo tuffò nell'acido fenico, sicchè ne seguì la gangrena ed ora non resta più che amputarlo. Approva senza riserve il sublimato, solubile, comodo, sicuro, mentre l'acido fenico è irritante, puzzolente, tossico pei bambini.

Budin dice che la Commissione conosceva le ricerche di Salomon e che ne scartò la formola in causa del cloruro di sodio, deliquescente, che si altera troppo presto; quanto ai vomiti provocati dal solfato di rame, non compensano gli inconvenienti della sua debolezza come antisettico e del colore che comunica ai tessuti. Del resto le Levatrici non sono costrette ad adottare alcun antisettico, la loro responsabilità sussiste come prima, esse dovranno inoltre nelle complicanze ricorrere sempre al medico. Anche lo stesso Guéniot adopera il sublimato nel suo servizio nella Maternità.

Marty domanda di sostituire al rosso un colore bleu che non sporca le mani e la biancheria, e che alla parola *tossico* la quale, letta o scritta male potrebbe essere intesa tonico, si sostituisca la parola *veleno*.

Brouardel, richiamando le due domande del Ministro invita l'Accademia alla votazione, e l'Accademia vota che si deve permettere alle Levatrici l'uso degli antisettici, che esse ne potranno adoperare uno solo secondo la formola che verrà indicata dalla Commissione, restando riservata la questione della sostanza colorante. Prima di votare questo secondo quesito, su domanda di Bouchardat era stato riconosciuto che l'acido tartarico non comprometteva per un tempo sufficentemente lungo la conservazione dei pacchetti.

Journal des Sages-femmes, N. 4, 1890.

Dott. R. Polacco.

Atti dell'Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza Pubblica del 22 Dicembre 1890.

Il Presidente accorda la parola al Dott. Germano Guidi per svolgere la sua comunicazione « Intorno all'allattamento artificiale; perfezionamento del metodo; presentazione di un poppatojo da adottarsi per l'uso del latte sterilizzato. »

L'Oratore espone le norme da seguirsi per l'allattamento artificiale, tenendo molto conto di quanto si riferisce al bambino, alla qualità e quantità del latte, alla salute dell'animale lattifero, all'igiene dell'uno e dell'altro: e passate in rapida rivista tutte le norme da seguirsi scrupolosamente onde l'allattamento artificiale dia buoni risultati, insiste, in modo speciale, sulle norme da osservarsi nella distribuzione del latte, raccomandando la somministrazione di questo ogni due ore nel primo mese di età, ogni tre ore nel secondo mese, ed ogni quattro ore nei mesi successivi, avendo potuto stabilire col metodo della percussione ascoltata, e con le lavande gastriche che le somministrazioni fatte più frequentemente danno luogo a disturbi gastro intestinali, per i residui di latte contenuti nello stomaco. Ciò esposto, prendendo come tipo più perfetto, per l'allattamento, il latte sterilizzato alla Soxhlet, ritiene doversi proporre un apparecchio che permetta al bambino di poter poppare, utilizzando il meccanismo naturale col quale poppa dal capezzolo muliebre, e che mantenga le buone qualità del latte.

Presenta, a tale scopo, un poppatojo d'argento composto di un lungo tubo che va a pescare nel fondo della bottiglia Soxhlet alla cui estremità esterna è unito il capezzolo di gomma: mentre un altro tubetto che fa corpo con questo, permette all'aria di penetrare nella bottiglia dopo aver traversato uno strato di cotone idrofilo.

Con questo poppatojo il bambino eseguisce facilmente la suzione senza turbare il meccanismo fisiologico, ed in pochi istanti sugge tutto il latte della bottiglia.

Il Dott. Guidi condanna poi il grosso ditale di gomma che usasi comunemente, per la doppia ragione che con questo si turba affatto il meccanismo della suzione, il bambino poppa con fatica, rigetta molto latte; ed inquina di saliva, di detriti epiteliali e di spore il latte che, con tanta cura, era stato reso asettico col processo della sterilizzazione, ciò che non può certamente aumentare le buone qualità del latte.

Il prezzo mite dello strumento, la facile detersione col calore, ed il facile uso, fa sperare che venga adottato dai colleghi, e che dia buoni risultati.

L'Autore non possiede per ora statistica per mostrarne gli effetti, ma sarà sua cura di parteciparli all'Accademia appena eseguito un certo numero di allattamenti con questo istrumento e con le cautele accennate.

Terminata la comunicazione del Dott. Guidi ha la parola il Dott. Umberto Rossi per svolgere il tema: « Sulla maniera di comportarsi degli spermatozoi negli organi genitali femminili del *mus musculus.* »

Il Dott. Rossi dice, che mentre molti istologi hanno portata la loro attenzione ed il loro studio sulla spermatogenesi, nessuno, per quanto fino ad ora risulta, a meno che non rappresenti una lacuna nelle sue ricerche bibliografiche, compatibile del resto con la esistenza di un numero straordinario di giornali scientifici che rendono oltremodo difficile e faticoso il lavoro, si è occupato di vedere la maniera di disposizione degli spermatozoi negli organi genitali interni femminili. Il problema si presenta naturalissimo quando si pensi che di regola per opera di un solo spermatozoo, si compie l'atto della fecondazione, come appunto comunicava a questa stessa Accademia l'anno passato, il Prof. Tafani, che in un numero considerevolissimo di uova esaminate potè vedere soltanto due casi di polispermia. Scelse anche il Dott. Rossi per le osservazioni il « *mus musculus* » sia per la facilità e frequenza con si cui accoppiano tra loro maschi e femmine, sia per la presenza del tappo vaginale che ci rende accorti dell'avvenuto accoppiamento, sia per la piccolezza dell'apparecchio uterino che si presta a meraviglia tanto per preparazioni a fresco quanto per essere sezionato dopo l'azione di convenienti reattivi.

Metodi Tecnici. — 1° Liquido del Flemming (soluzione forte) — lavaggio all'acqua corrente — alcool e diversi gradi di concentrazione — sezioni al microtomo — colorazione alla safranina. — 2° Colorazione del contenuto uterino con una miscela di acido osmico (1 per cento) ed una soluzione molto allungata di verde di metile. — 3° Preparati per dilacerazione.

Risultati. — Diversi nelle diverse ore dall'accoppiamento riconosciuto. Macroscopicamente nelle prime ore l'utero è più o meno fortemente disteso, di un color bianco perlaceo; queste particolarità di colorito e di volume vanno mano mano dissipandosi più ci si allontana dal momento in cui venne riconosciuto l'accoppiamento. Microscopicamente nelle prime ore si vedono un gran numero di spermatozoi, qualche rara cellula linfoide ed una sostanza che sembra analoga a quella costituente il tappo vaginale. Procedendo oltre ed in un periodo che varia dalle 2 alle 5 ore è dato osservare una quantità rilevante di cellule che presentano per tutti i loro caratteri analogie molto spiccate con le cellule bianche. Queste cellule contengono una ed anche due teste di spermatozoi le quali occupano per lo più in lunghezza un intero diametro della cellula. In tali casi il filamento caudale non è più visibile e le modificazioni che si riscontrano nella testa sono leggerissime in modo da sfuggire completamente o quasi anche alla più accurata osservazione. Esaminando oltre di ora in ora l'utero ed il suo contenuto si vedono gli spermatozoi a mano a mano scomparire e con essi diminuire la quantità delle

summenzionate cellule, finchè circa 16 a 18 ore dopo dell'accoppiamento, di essi non se ne ha quasi più la benchè minima traccia e resta soltanto un numero limitato di cellule ripiene di granulazioni cromatiche fortemente tinte dalla safranina. Praticando lievi o forti soluzioni di continuità dell'epitelio uterino, il Dott. Rossi riscontrò sempre nelle preparazioni: la costanza dei fatti osservati, le deduzioni tratte dal fatto che il tappo vaginale resta nel luogo per 24 ore ed impedisce alla benchè minima quantità di liquido spermatico di refluire dall'utero, i resultati avuti dalle esperienze consistenti nell'inoculare nel peritoneo di topi e cavie sospensioni di spermatozoi in cloruro sodico al 0,50 per cento, l'osservazione di casi particolari di uteri di femmine accoppiate poco dopo il parto lo resero convinto che la maggior parte degli spermatozoi sparivano per opera di un processo di fagocitismo operato dalle cellule bianche. Queste cellule bianche esistono infatti normalmente nel tessuto sottomucoso uterino, aumentano con l'irritazione portata dal liquido spermatico che ne distende le pareti in modo considerevole, emigrano molto probabilmente dai punti in cui manca l'epitelio e seguono la stessa via per ritornare nello interno dei tessuti. Osservò anche forme particolari e diverse che stettero ad indicare un processo autoregressivo degli spermatozoi analogo in parte a quello che il Wiedesperg descrisse per gli spermatozoi del tritone. Il Dottore Rossi conclude:

1.° La disparizione degli spermatozoi negli organi genitali interni femminili del « *mus musculus* » si opera in un tempo che varia dalle 16 alle 18 ore dopo l'accoppiamento riconosciuto.

2.° Questa disparizione ha luogo per la più gran parte a causa di un processo di vero e proprio fagocitismo.

3.° Questo processo di fagocitismo è dato dalle cellule linfoidi che normalmente si trovano nello spessore delle pareti uterine, da quelle che vi si aggiungono per l'irritazione prodotta dal liquido spermatico che in modo considerevole le distende, e da quelle (casi di pregressa gravidanza) che a guisa di accumuli si trovano qua e là nel tessuto stesso dell'utero.

4.° Queste cellule emigrano principalmente là dove l'epitelio è mancante e seguono molto probabilmente la medesima via per rientrare nei tessuti.

5.° La disparizione degli spermatozoi si opera anche per un processo che egli chiama « autoregressivo » e che può bene rassomigliarsi in parte a quello che il Wiedersperg descrisse per gli spermatozoi del tritone.

6.° Resta pure dimostrato da queste ricerche come le cellule bianche capaci di introdurre nel proprio protoplasma granuli minerali, residui di corpuscoli rossi, corpuscoli rossi intieri, bacterii, ecc., sono altresì capaci di appropriarsi una o due teste di spermatozoi. Non paia strano questo fatto che si opera al di fuori

della ordinaria sede di esso pensando come nella cavità uterina dopo l'accoppiamento, si hanno condizioni tali da permettere non solo la vita, ma anche di estrinsecare la propria azione ai leucociti emigrati dai tessuti vicini.

Aperta la discussione sulla prima comunicazione domanda la parola il Dottor **Giarrè**, il quale dice che il metodo di allattamento proposto dal Dott. Guidi è una modificazione del sistema del Soxhlet, che egli stesso propugnò fino dal 1888; si congratula col Dott. Guidi per il suo ingegnoso poppatojo, che gli sembra debba facilitare la suzione del latte. Il Dott. Giarrè rileva però che tale poppatojo ha un grande inconveniente, e questo consiste nel prezzo relativamente caro e nella difficoltà che offre per la nettezza e per la disinfezione. Aggiunge che di fronte a tali inconvenienti, a parer suo notevoli, perchè tutti i più illustri pediatri raccomandano la massima semplicità nel poppatojo, gli sembrava discutibile se conveniva di sostituire al poppatojo di cui è provvista la boccetta del Soxhlet quello proposto del Dottor Guidi.

Il Dott. Giarrè fa inoltre rilevare che lo scopo che si propone il Guidi di dare cioè ai bambini un latte privo di microrganismi, e specialmente di quelli dell'aria e della bocca, non si raggiunge col suo sistema, perchè naturalmente nel togliere il tappo alla bottiglia vi penetra sempre un po' d'aria e il latte passando attraverso le vie più alte del tubo gastroenterico si carica in ogni modo di microrganismi prima di giungere nello stomaco. Quello che importa di ottenere nell'allattamento artificiale è la sterilizzazione completa del latte e di mantenerlo sterilizzato fino all'epoca in cui deve servire al bambino, impedendo così quelle ulteriori modificazioni chimiche che avvengono nel latte lasciato scoperto all'aria libera, e che si riconoscono nocive alla salute dei lattanti. Questo scopo si raggiunge completamente col semplice sistema del Soxhlet, adottato in Austria e in Germania, ma nessuno può pretendere portare fino nello stomaco un latte privo di microrganismi.

Il Dott. **Guidi** replica dicendo essere d'accordo col Dott. Giarrè nel ritenere come uno dei migliori metodi di allattamento artificiale quello del Soxhlet, ma fa notare che col suo poppatojo il latte non ha contatto con l'aria di tutta la bocca, come avviene adoperando altri poppatoj con i quali i bambini mandano il latte a contatto di tutta la superficie della muccosa orale, e masticano per così dire il latte spingendone una parte nello stomaco ed una parte nella bottiglia. Col suo poppatojo invece il bambino succhia il latte in una maniera continua vuotando tutta la boccetta in pochi minuti e senza staccare la bocca dalla medesima. Ammette che i poppatoj di gomma a forma di capezzolo, e che possono rovesciarsi, si puliscono meglio e costano meno del suo, ma anche il suo essendo metallico può pulirsi alla fiamma ad alcool o bagnandolo nell'acqua bollente e siccome dura per molto tempo e forse per tutto l'allattamento, la spesa dell'acquisto si fa una

sola volta, mentre quelli di gomma si rompono facilmente e devono essere spesso cambiati.

Il Dott. Giarrè domanda nuovamente la parola per dichiarare che non ritiene dannosa l'aria che entra in bocca e nello stomaco insieme col latte, perchè non ha il tempo di produrre nel latte medesimo importanti alterazioni chimiche.

Dallo Sperimentale, febbraio 1890.

Società Medico-Chirurgica in Bologna.

Seduta 13 gennaio 1890.

Il Prof. Biondi riferisce di due casi di isterectomia da lui operati l'uno per prolasso, l'altro per epitelioma dell'utero, pronunciandosi partigiano dell'intervento operatorio nella questione sorta sull'operabilità o meno dell'epitelioma uterino e sulla opportunità dell'esportazione della matrice in caso di prolasso grave, incurabile. Ambo le operate godono da un anno salute ottima. L'esame dell'utero prolassato offrì una notevole iperplasia vasale e la presenza di tunica muscolare anche nei capillari, e quello dell'utero carcinomatoso dimostrò che i tessuti su cui caddero i tagli erano perfettamente sani e che una zona di connettivo neoformato circondava da tutti i lati il tumore — esistevano cistocele e rettocele, buona parte del corpo dell'utero era ancora in posto e quindi si trattava di un'ipertrofia del collo.

L'A. nota che l'isterectomia vaginale può dirsi ora affatto innocente in confronto all'esportazione dell'utero per la via addominale od alla fissazione del viscere stesso al ventre e che massime dà buoni risultati sempre per risguardo al prolasso quando sia accompagnata da colporafia anteriore e posteriore od anche in qualche caso da perineorafia.

Il Prof. Putti domanda: 1.° se il Biondi intenda limitare la isterectomia ai casi in cui il pessario ed altri mezzi più semplici sono affatto insufficienti a vincere il prolasso uterino o se voglia estenderlo a tutti i casi ed in ogni modo perchè non creda meno pericolosa la fissazione dell'utero all'addome. 2.° Se non creda più conveniente lasciare a sè le malate di epitelioma dell'utero, che ponno vivere da 1 a 5 anni piuttosto che correre il rischio di affrettare il processo neoplastico. Esso Putti ha avuto guarigioni immediate stupende in casi d'isterectomia vaginale per cancro, ma in due soli ha veduto sopravvivere per degli anni le sue operate. 3.° Perchè voglia il Biondi praticare la colporafia anteriore e posteriore quando i fornici non sono prolassati e nessun altro viscere, compresa la massa intestinale, può fare ernia per la nuova cicatrice.

Il Prof. Biondi risponde che intende di operare quei prolassi, che il pessario non vince permanentemente ed efficacemente e di preferire l'isterectomia vaginale alla fissazione al ventre perchè la statistica ha dimostrato che se la laparotomia semplice può giudicarsi innocente, allorchè invece essa è associata ad una operazione sull'utero, diventa molto più grave, per gli esiti prossimi e remoti. Riguardo al secondo quesito dice che fosse pure una volta su molte che si avesse salvato una vita, tanto varrebbe provare a salvar tutte quelle che altrimenti sappiamo essere votate a morte certa. Almeno coll' operazione si apporta un benessere ed un'illusione che durano dei mesi. Per la terza questione ritiene che il timore che altri visceri possano farsi strada per la cicatrice della vagina è fondato e fra gli altri casi ne ricorda uno in cui gran parte della massa intestinale si era insinuata nella vagina ed era uscita dalla vulva.

Seduta 7 febbraio 1890.

L'ATROPINA CONTRO I PERICOLI DELLA CLOROFORMIZZAZIONE.

Sabbatani. — Ricordando come il Prof. Albertoni accennasse al vantaggio considerevole che può avere il chirurgo somministrando atropina prima di accingersi alla cloroformizzazione, volle studiare se tale farmaco presentasse altri disturbi per sè stesso, e come correggesse quelli prodotti dalla cloronarcosi, trovò che nei cani l'atropina impedisce sempre l'arresto cardiaco che si produce riflessoriamente per il vago, ed anche quello che si può avere sul principio della narcosi per eccessivo eccitamento dei centri nervosi, ed inoltre ebbe a notare che l'arresto della respirazione è reso meno pericoloso in seguito all'uso dell'atropina, perchè non arrestandosi il cuore si ha tempo a far riprendere la respirazione naturale valendosi di atti respiratori artificiali.

Gaglio. — Osserva che vi sono casi in cui l'uso dell' atropina può divenire prezioso come ad esempio quando si abbia a fare con grande eccitamento dei centri nervosi, che il cloroformio sul principio tende ad esagerare. L' atropina recherà pure vantaggi non trascurabili qualora debbasi ricorrere alla cloronarcosi in casi di forti emorragie, e già a priori devesi confessare, come sarà meglio tollerata dai cloroformizzati che dai sani, giacchè in quelli l' attività cerebrale è molto depressa e sono quindi a temersi assai meno quei fenomeni di ipereccitabilità che si riscontrano invece negli individui a cervello normale.

Gazzetta degli Ospedali, N. 16, 1890

Dott. Villa.

Società Belga di Ginecologia ed Ostetricia.

Seduta 19 gennaio 1890.

Hubert comunica uno studio meccanico sul forcipe. Questo istromento se è a branche crociate non può servire che come mezzo traente, e non deve essere impiegato quando è necessario d'ottenere una riduzione del cranio. Infatti le cucchiaie comprimono l'ovoide cefalico nel senso del diametro bis-iliaco e lo allungano nel senso di quello sacro pubico raccorciato, non permettono l'allungamento della testa secondo l'asse del canale da percorrersi, non si adattano bene nè alle teste grosse, nè alle piccole, nè alle medie, immobilizzando tale parte e le impediscono di eseguire i movimenti normali indispensabili: infine le trazioni non sono eseguite sul centro di figura e neppure secondo gli assi del bacino.

Presenta il nuovo forcipe di Chassagny, ne indica il maneggio ed esprime il giudizio proprio sul nuovo strumento dicendo che per esso la testa conserva la sua mobilità e può ruotare secondo la risultante delle forze espulsive e delle resistenze pelviche, non è stretta fra le cucchiaie più del bisogno, e può allungarsi facilmente secondo l'asse del canale da percorrersi, e ridursi nel senso del diametro pelvico ristretto senza scemare di capacità. Inoltre le resistenze e le pressioni inutili e dannose sono ridotte al minimo e la forza necessaria per estrarre la testa è molto minore.

Journal d'accouchements. Liège, N. 2, 1890.

Dott. Villa.

Società ostetrico-ginecologica di Vienna.

Seduta del 5 novembre 1890.

L'assistente Dott. Lihotsky tratta di due casi di operazione del Porro per osteomalacia e presenta una donna di 21 anni rachitica, con bacino piatto ristretto in tutti i diametri, nella quale il 28 settembre 1888 fu, per relativa indicazione, praticato il taglio cesareo a fine conservativo dal Breisky. Il decorso dopo l'operazione fu lodevole. Alla dimissione il 29 ottobre 1888 si constatava che l'utero era piccolo e perfettamente mobile. Sei settimane dopo comparvero le prime mestruazioni, le quali quind'innanzi si ripeterono con tipo regolare. Da

circa 5 mesi e se sono cessate, il ventre aumentò e negli ultimi tempi la donna avvertì i movimenti del feto. A l'esame attualmente si trova che la cicatrice fortemente pigmentata, non si è affatto allentata, il fondo dell'utero giunge un po' sopra l'ombelico, e la testa ballottabile si trova al limite superiore del bacino. Il relatore esprime la sua intenzione di provocare questa volta a tempo opportuno il parto prematuro artificiale e riferirà quindi sullo stesso.

Il Dott. Max Höhler presenta parecchi carcinomi dell'utero, della clinica di Albert, operati col metodo sacrale.

D. B. von Beck, di Friburgo: dopo che Hochenegg e Herzfeld ebbero fatto la proposta di portare nel campo della Ginecologia operatoria, l'operazione preparatoria sacrale alla Kraske per l'estirpazione del carcinoma del retto, fu Hegar il primo, che fece l'applicazione praticamente sul vivo di questa proposta. Il suo primo caso riguarda una donna con un vasto ascesso del parametrio, con febbre ininterrotta da un mese e decadimento delle forze. L'ascesso non era accessibile con nessuna delle abituali incisioni col bistourì; e quindi col metodo sacrale del Kraske, dopo la resezione di un'ala del sacro, l'ascesso fu messo allo scoperto ed inciso.

Il decorso ulteriore fu estremamente lungo: la completa chiusura della cavità ascessuale per mezzo di granulazioni durò lungo tempo.

Da ciò Hegar ne trasse, di non resecare definitivamente nei casi successivi l'ala del sacro, ma di praticare una resezione temporanea, osteoplastica. A questo scopo anche nel secondo caso di piosalpinge doppio di natura tubercolare, la direzione del taglio fu diversa. Sulla superficie dorsale del sacro fu praticato un taglio a V, i cui lati cominciando un centimetro sotto la spina iliaca postero-inferiore terminavano convergendo all'apice del coccige. La paziente era molto grassa, e quindi questa incisione fu portata dal suo apice ancora un po' più in giù verso l'ano, così che il taglio ora prendeva la figura di un Y: si divisero le parti molli e i legamenti rasente il contorno sacro coccigeo.

Si continuò poi col distaccare mediante le dita il retto dalla superficie anteriore del sacro affine di passare una sega a catena sulla concavità del sacro all'altezza fra il 3° e il 4° foro delle vertebre sacrali, e segare il sacro in una linea leggermente obbliqua o meglio perpendicolare al suo asse, soltanto però fino al punto che fosse possibile il completo mantenimento del periostio ricoprente la superficie esterna del sacro; e quindi rovesciare la parte resecata, in alto sul dorso della paziente.

Indi seguì la ricerca della piega del Douglas, la apertura della medesima, l'estrazione dell'utero e suoi annessi, la salpingotomia e la chiusura del peritoneo. E ancora riposizione della parte sacrale temporaneamente resecata, sutura della pelle, drenaggio da un angolo della ferita con striscie di garza. Decorso completamente afebbrile, e dopo alcune settimane buona consolidazione del sacro.

In questo caso fu fatta l'estirpazione delle tube che fu estremamente difficile per estese aderenze, così che l'operazione sacrale preparatoria non offerse alcun vantaggio in confronto alla laparotomia.

Ma in altri quattro casi l'indicazione dell'operazione preparatoria di Kraske, fu il carcinoma dell'utero, due volte quale carcinoma del fondo, e le altre come escrescenze a cavolfiore della porzione vaginale e cervicale. Nessuno dei quattro casi si prestava bene per l'estirpazione dalla via vaginale, i casi di carcinoma del fondo per il forte ingrossamento dell'utero, e entrambi gli altri casi per una completa immobilità dell'utero dovuta ad aderenze membranose su tutta la superficie dell'utero e al lato sinistro a retrazione e tensione dei legamenti uterini in seguito ad antico processo di perimetrite. Nessuno di questi casi è di quelli dove, come molti medici credono, già avendo l'infiltrazione di natura carcinomatosa invaso i legamenti, il metodo sacrale sia solamente indicato, giacchè in tali casi è inutile sotto il rapporto prognostico l'operare, ma questa retrazione e inspessimento dei legamenti, erano il risultato di pregressi fatti peri e parametrici, i quali, come l'anamnesi afferma, avevano avuto luogo molto prima che cominciassero ad avvertirsi le prime sofferenze del carcinoma.

Appunto in questi casi il metodo sacrale, fatto col taglio di Hegar e la resezione osteoplastica delle vertebre sacrali, offerse un grande vantaggio sul metodo vaginale. Dopo l'apertura della piega del Douglas a destra del retto, sotto la spinta del fondo dell'utero fatta dalle mani di un assistente, parte traverso la vagina, parte da fuori le pareti addominali, si può vedere la posizione degli organi del bacino e compiere il proprio lavoro sotto l'esatto controllo della vista. Le aderenze possono essere di leggieri legate e tagliate, senza veder sorgere una emorragia forte, difficile spesso o impossibile a frenarsi, come dopo l'estirpazione per via della vagina, quando non è possibile l'abbassamento dell'utero. E appunto da ciò ci si premunisce coll'allacciatura isolata del tronco dell'arteria uterina, e la legatura della porzione visibile dei legamenti uterini.

Prima della rimozione dell'utero dall'imboccatura vaginale fu fatta la chiusura del peritoneo per mezzo della sutura dell'incisione superiore della piega del Douglas con la plica vescico-uterina del peritoneo distaccata dall'utero. La ferita della vagina fu lasciata aperta e drenata con garza a l'iodoformio. Il sacro fu riportato nella primitiva posizione, e cucita l'incisione cutanea.

Di questi quattro casi di carcinoma due morirono dopo l'operazione, uno per sepsi, l'altro per una nefrite d'alto grado e cardiopatia. I due altri casi guarirono senza febbre. Il sacro si consolidò rapidamente.

Un'altra indicazione per l'operazione osteoplastica sacrale l'offerse il 7° caso di natura singolare. Si trattava qui di parecchi nodi della grossezza di un pisello, neurofibromi nello spazio interno della piega del Douglas. La paziente, la quale dopo un aborto aveva già fatto una parametrite e più tardi una pelvi-peritonite,

la quale ancora aveva per due volte richiesto una salpingotomia, non trovava alcuna requie alle proprie sofferenze. Nuovi dolori sorgevano sempre a l'addome e specialmente in modo forte dopo il coito, e ciò sempre da un punto nella congiunzione del sacro col bacino.

Nell' esame per la vagina si poteva col toccamento di un punto della volta vaginale destare i dolori a forma di crampi e si percepivano nello stesso luogo parecchi inspessimenti della piega del Douglas duri e della grossezza di un pisello. Fu fatta la resezione osteoplastica del sacro; trovati i noduli, poichè essi non potevano essere staccati senza incisione del peritoneo, così furono escisi i corrispondenti punti peritoneali; le incisioni del peritoneo furono cucite, e il campo operativo trattato nel solito modo. La guarigione avvenne senza reazione, scomparvero completamente i dolori e lo stato di salute si fece ottimo.

Il D. Zinsmeister riferisce su una estirpazione d'utero alla Kraske-Hochenegg da lui fatta per carcinoma al 7 giugno 1889. Fu fatta la scelta di questo metodo per più motivi; la vagina era stretta, l'utero molto grosso, e fissato all'indietro, benchè in leggero grado.

Zinsmeister potè anche in questo caso riscontrare la giustezza dell'affermazione di Hochenegg, che lo scoprimento della piega peritoneale non è mai in alcun modo cosa facile. Nei maneggi per metterla allo scoperto fu in un punto limitato aperto il retto, il che si avrebbe potuto evitare se, come Hochenegg fece in alcuni casi, si fosse in modo provvisorio tamponato alquanto il retto fino a questo punto dell'operazione. Dopo l' apertura della cavità peritoneale, la quale per le adesioni a l'indietro fu alquanto laboriosa, riuscì molto chiara la visione di tutti gli organi pelvici, e si potè con pinze ed uncini estrarre traverso la ferita l'utero ingrossato, ed estirpare insieme il fornice vaginale, che pure era alquanto infiltrato dal carcinoma. Cucitura della incisione vaginale.

La paziente però molto corpulenta morì improvvisamente, dopo essersi sentita bene per quattro ore dopo l'operazione, per una paralisi cardiaca, come rivelò l'autopsia.

A l'autopsia si potè vedere che gli ureteri erano molto vicini alle legature, e in un punto ne distavano solo 1[4 di cent. L'utero misurava cent. 12 1[2 di cui 6 1[2 appartenevano al corpo. La porzione vaginale rigida, infiltrata da carcinoma e così pure la parte contigua del fornice vaginale.

Dott. K. A. Herzfeld, assistente: I ginecologi si limitarono fino ad ora per la maggior parte a schivare il metodo sacrale, giacchè sono operati i soli casi in cui l'utero è facilmente mobile, ritenuti adatti per il metodo vaginale. Ora un utero può ben anco esser fissato, senza che una invasione del carcinoma ne sia la causa, ma in seguito di antiche cicatrici para — o perimetriche — ciò rende il rovesciamento e la trazione in basso col metodo vaginale molto difficile. D'altronde pure nel carcinoma del corpo uterino, questo è così grosso, che non può

passare traverso l'apertura praticata nella piega del Douglas. Questi appunto sono i casi, pei quali Herzfeld nell'agosto 1889, stabilì l'indicazione dell'operazione sacrale. Tutti gli oratori precedenti si sono espressi sulla difficoltà di aprire la piega peritoneale. Ciò dipende da che si opera troppo in alto. Infatti Hochenegg riseca una parte del sacro, sposta il retto a destra, conduce l'incisione in una linea curva e penetra a sinistra del retto in un punto, dove il retto stesso ha già un rivestimento peritoneale all'intorno: conseguenza di ciò, è che l'utero il quale giace molto all'innanzi è difficile da scoprire e il peritoneo non si raggiunge. Herzfeld giudica da ciò, che l'incisione sia da portare all'innanzi fino a l'ano, senza che sia necessario per ciò risecare altrettanta parte di sacro, ed entrando a destra del retto nel setto rettovaginale, si pervenga facilmente alla piega peritoneale del Douglas e qui ne sia facile l'apertura.

L'assistente D. Hochenegg trova fondato giustamente il procedimento di Herzfeld teoreticamente, ma giudica però che praticamente si raccomandi di più il penetrare al lato sinistro del retto, per risparmiarlo.

Il Dott. V. Beek riferisce che Hegar penetra sempre a destra del retto per arrivare al peritoneo e a l'utero. Inoltre riferisce V. Beck che Hegar ha modificato la proposta di Herzfeld (di cucire il peritoneo rettale con quello della cervice uterina prima della rimozione dell'utero dalla vagina, e di chiudere così la cavità peritoneale) in ciò, che egli prima taglia una striscia del peritoneo che riveste la parete anteriore dell'utero e poi fa la sutura.

Il Dott. Hochenegg giudica che in generale la sutura del peritoneo non sia necessaria perchè la breccia è spesso irregolare tanto più che l'apertura della cavità peritoneale segue di rado nella piega del Douglas. Per l'apertura della cavità peritoneale non fu osservato prolasso degli intestini.

Il Prof. V. Dittel domanda se i ginecologi si premuniscono in modo diverso dai chirurghi per una lesione dell'uretere, giacchè nella trattazione del metodo sacrale si è detto che la lesione dell'uretere è meno da temere che nell'operazione per la via vaginale.

Il Dott. Herzfeld afferma che, generalmente, una lesione dell'uretere non avviene con eguale facilità nel metodo sacrale (e meno poi una legatura dell'uretere nella dissezione dei legamenti) come è possibile nell'isterectomia totale per la via vaginale: inoltre che, data un'eventuale lesione dell'uretere, si può almeno suturarla, mentre nell'isterectomia totale vaginale non si è edotti della lesione che tardivamente.

Il docente Dott. Maydl giudica che si può eventualmente (come già si sperimentò) innestare un uretere reciso nel retto o in vagina.

L'assistente Dott. Egon V. Braun presenta una donna di 28 anni in cui si fece la laparotomia per un tumore ovarico di recente formazione.

Portato fuori, si vide trattarsi di un tumore sviluppato dal mesenterio del-

l'intestino tenue, e più tardi fu assodato essere un sarcoma. Nell'ablazione fu leso l'intestino, di cui si dovette risecare un pezzo della lunghezza di 10 centim. La paziente lasciò l'Ospedale dopo un decorso afebbrile.

Il Prof. V. Braun-Fernwald riferisce su un caso in cui egli diagnosticò la gravidanza al quarto mese insieme a un fibroma occupante tutta la cavità peritoneale in donna di 35 anni, nullipara.

Con la laparotomia fu esportato un grosso fibroma di 4800 grammi, che sorgeva con largo impianto dal fondo dell'utero. Fatta una legatura provvisoria elastica sul picciuolo si enuclea il tumore e si suturano i monconi. Dopo la rimozione della legatura davano sangue i tragitti di sutura. Non essendo possibile per lo stato di gravidanza la transfissione, fu di nuovo passata la legatura elastica e affondata con l'utero gravido. Fino ad ora (da 12 giorni), il decorso fu perfettamente afebbrile, e la gravidanza progredisce. (Nella seguente seduta del 19 novembre fu confermato l'ulteriore favorevole decorso).

Il Prof. V. Braun-Fernwald riferisce un caso, in cui egli intraprese la laparotomia, per un grosso fibroma dell'utero, nella narcosi al brometile, temendo la narcosi cloroformica per una avanzata insufficienza aortica. Il taglio delle pareti addominali cocainizzate fu del tutto inavvertito. Il grosso fibroma di 1600 grammi fu snucleato senza aprire la cavità uterina, la ferita chiusa con sutura a tre piani, l'utero affondato. Decorso afebbrile.

Wiener Med. Wochenschrift, N. 8, 1890.

Dott. Maroni.

Congresso dei Chirurghi di Polonia in Cracovia.

Seduta del 17 Ottobre 1889.

. . . . . .

. . . . . Il Prof. Rydygier presenta una donna nella quale egli, al modo che per mezzo della legatura delle arterie del gozzo questo si impiccolisce, applicò lo stesso metodo anche per il miofibroma uterino. Pertinaci emorragie sono l'indicazione per questo nuovo metodo. Dopo la laparotomia e l'incisione della parete peritonale egli legò l'arteria uterina, la spermatica interna e l'arteria del legamento rotondo, e cucì la cavità. Le ferite guarirono per prima intenzione, e l'immediato effetto di questo procedimento fu la cessazione delle emorragie prima abbondanti. Attualmente si può constatare un impiccolimento, fino a 1/4 della primitiva grossezza, del tumore (Fibromioma sottosieroso) che si trova nel fornice

anteriore. Non avvenne più alcuna emorragia, come anche la paziente, presente, afferma.

Il Prof. Obalinski domanda se non sarebbe meglio operare in tali casi extra peritonealmente, al che R. risponde che è preferibile la laparotomia, perchè l'accesso è più facile, nè implica alcun pericolo; già Gubarow espose per altre indicazioni un metodo extraperitoneale, che però è difficile e non pratico.

Il docente A. Bossowski (Cracovia) presenta una malata, nella quale egli da quattro mesi eseguì la fissazione alla parete ventrale dell'utero prolassato. Secondo il metodo di Czerny, egli cucì alla parete addominale alla maggior distanza il corpo dell'utero per mezzo di una sutura in catgut, che traversava tutti gli strati della parete stessa, la cute eccettuata. Dopo quattro mesi si trova nello stesso stato come dopo l'operazione, la cicatrice è fissa e l'utero giace alto sopra il livello della sinfisi pubica.

Jasinski comunica la relazione di Matlakowski (Warschau): « Un nuovo metodo per fissare l'utero retroflesso per mezzo del trapiantamento dei legamenti rotondi. »

Wiener Med. Wochenschrift, N. 8, 1890.

MARONI.

VARIETÀ

PREGIUDIZI RELATIVI AI NEONATI.

Il condotto auditivo dei cani appena nati è obliterato da una membrana che si lacera dopo alcuni giorni, e le palpebre di questi animali restano chiuse durante il medesimo tempo, sicchè essi non vedono e non sentono che parecchi giorni dopo la nascita. Così si crede generalmente che il fanciullo non veda e non senta quando egli viene al mondo; ora, la vista e l'udito funzionano in lui, ma egli non ha che la coscienza semplice e non la riflessa delle sue impressioni, egli vede senza guardare e sente senza ascoltare. Altrevolte si esponevano i neonati al fuoco, per preservarli dai malefizi. Questo costume, sopra il quale i dettagli ci mancano, sarebbe venuto dagli Egiziani e dagli Amorreani. In Bretagna si attacca al collo dei neonati un pezzo di pan nero, allo scopo che i genii, vedendolo povero, non abbiano a fargli alcun male. I selvaggi mettono al collo dei neonati

dei ninnoli comperati presso gli stregoni. In Francia si attaccano delle medaglie benedette, oppure degli scapolari, per assicurare una sorte felice. I Chinesi si servono di feticci che devono mettere i loro bambini sotto la protezione dei loro antenati. « Presso i turchi, » dice il D. Zambaco, « alla parte superiore del fronte dei neonati si appende un pacchetto composto di una moneta d'oro più o meno grande, sopra la quale stanno scritti dei versetti del Corano. Nelle famiglie ricche un gioiello in oro ed in diamanti, sopra il quale si legge Macha-Allah (ciò che Dio vuole); una pietra bleu, una turchese o un pezzetto di vetro rotondo per i poveri, qualche perla infilata ed uno spicco d'aglio, costituiscono un talismano preservativo contro gli accidenti ed il mal occhio. I Cristiani rimpiazzano il Macha-Allah (ciò che Dio vuole), con una croce, e la moneta d'oro con una moneta antica veneziana, di Maria Teresa o di Pietro il Grande. I Greci preferiscono una pietra bizantina di Costantino. In alcuni villaggi greci si aggiunge un dente di porco o di cignale e la conchiglia di una lumaca. » È sorprendente che i Galli abbiano portato anch'essi degli amuleti nei quali figura un dente canino di cinghiale o di porco e delle piccole conchiglie chiamate « porcellane. » Si sa che i Romani attaccavano al collo o sul fronte dei loro bambini dei bulbi in guisa di *porte-bonheur*.

In Francia, per preservare i fanciulli dalle convulsioni, si mettono loro al collo dei collari di spicchi d'aglio o pezzi d'ambra, senza dubbio in cagione delle virtù antispasmodiche e magnetiche di questa; secondo la teoria delle analogie, si sospendono delle teste di vipera, del mercurio in un sacchetto, oppure delle zampe di talpa, l'una anteriore e l'altra posteriore, strappate all'animale vivente. Al momento delle convulsioni si invoca S. Gilles, oppure si strappa il berretto dalla testa del fanciullo, lo si getta sul fuoco e si fa sulle ceneri un gran segno di croce.

Notiamo fra gli altri medicamenti bizzarri, consigliati dalle comari per guarire l'itterizia dei neonati, la ricetta pubblicata dal D. Droische, da Huy: « Voi compererete un vaso: dopo che il bambino vi avrà orinato, a mezzanotte voi escirete dal letto in camicia, a piedi nudi, ed andrete in istrada portando il vostro bambino sul braccio sinistro e tenendo il vaso nella mano destra. Dopo che avrete fatto qualche passo, lancierete lontano il vaso dietro a voi senza voltarvi, dicendo: È per il primo cane che passa, ed il primo cane che passerà mangera l'offa e si porterà via l'itterizia. » Del pari era efficace anche la raccomandazione di Salchon, medico a Meldorf e del credulo cavaliere d'Igby che consigliavano di premere sul cordone ombellicale per far rifluire il sangue fino alla placenta allo scopo di preservare i bambini dal vaiuolo e dal morbillo. Levret, egli stesso, vedeva in questa pratica il preservativo della itterizia dei neonati. Questa idea erronea rimonta d'altra parte ai tempi di Aristotele che credeva con questo mezzo di rendere il fanciullo più robusto. Era per gli antenati un felice presagio quello di nascere

con qualche dente: i Becheranas non condividono quest' opinione, ed immolano questi fanciulli privilegiati come veri mostri. La precocità dell' eruzione dentaria non merita nè questo eccesso di onore, nè questa indignazione, essa ha soltanto il grande inconveniente d' impedire l' allevamento del bambino al seno. Così per Luigi XIV, che presentò questa anomalia, si fu obbligati a cambiare più volte la nutrice, in causa delle morsicature ch'egli dava. Dionigi attribuì a torto questi cambiamenti frequenti al grande appetito del giovine principe.

I Romani, secondo Plinio, vedevano il destino il più bello, pei bambini che erano venuti al mondo per mezzo dell' operazione cesarea. Nel secolo XVIII, durante questa operazione, era d'uso il mantenere aperto per mezzo di un divaricatore la bocca della paziente; « non è, « dice Dionigi, » che, a questo proposito, io sia nell' errore del mio popolo, il quale crede che il fanciullo respiri nel ventre materno ed immagina che il trovare il bambino morto, come accade il più delle volte, sia colpa del chirurgo che non ha applicato il divaricatore. So che questa circostanza è inutile, ma non bisogna ometterla per accontentare gli assistenti, ed anche per evitare i discorsi sciocchi che farebbero contro il chirurgo alcune donnicciuole. » Ed il sinodo di Colonia raccomandava allo stesso scopo ingannatore non solamente di mettere fra i denti della donna, all' istante della sua morte, un pezzo di canna aperto dalle due parti, ma ancora l'applicazione di un tubo simile, al fondo della vagina.

Giacomo Duval rileva una quantità di pregiudizi di cui molti sono in corso ancora a' giorni nostri. Si diceva a suoi tempi « che bisogna lasciar piangere un bambino, specialmente se maschio, perchè così viene a svilupparsi maggiormente il torace e la voce si fortifica, ciò che gli può produrre al contrario un rilasciamento dell' intestino che può discendere nello scroto o borsa dei testicoli e renderlo così molestato per tutta la sua vita. Alcune, » aggiunge egli, « dànno del vino puro, dicendo che questo vino dato così impedisce che il bambino disgustato vi si abbandoni con piacere. » I Cosacchi hanno questa cattivissima abitudine, ma essi credono di rendere il fanciullo più forte, ed è questo un pregiudizio che corre anche nelle nostre campagne.

Le madri non dovrebbero abbracciare i loro bambini subito dopo il travaglio « quando sono ancora scosse per la fatica, ed hanno il sangue agitato, ed i secreti lochiali così abbondanti ch'esse ponno infettare uno specchio, corromperne la levigatezza e lo splendore anche con uno sguardo solo, indurre l'idrofobia nei cani che di tali lochi si cibassero; lasciare una piaga incurabile laddove esse morsicassero, inacidire i vini che ne venissero in contatto, abbruciare i teneri germi delle piante, far cadere i frutti degli alberi che ne vennero infettati. » È perciò che Columella proibisce che una donna ammalata di tali purghe, sia ammessa in luoghi nei quali vi siano delle piante novelle, dei poponi, dei cocomeri o cetrioli, perchè pel loro toccamento l'accrescersi di dette erbe s'arresta e non possono più progredire. E la

donna può anche far morire i giovani frutti degli alberi con uno sguardo solo, ed è egualmente comprovato che una donna che abbia di tali perdite può rovinare e corrompere un fanciullino anche dai 6 a 7 anni che venisse coricato con lei. Se avviene che per loro temerarietà esse si chinino a baciare i neonati, possono loro trasmettere un colore pallido del viso, delle lentigini, dei furuncoli, delle erpeti perniciose, la scabbia ed altre infezioni della pelle. E invece per loro indiscrezione esse portano ai loro piccoli un amore angelico che consiste, dicesi, nel suggerli così fortemente per un ardente desiderio d'affetto da soffocarli. In Livonia, si ha il costume di piantare un arboscello alla nascita di ogni bambino ed il destino del nuovo nato è attaccato alla sorte di questo albero che si circonda delle massime cure. L'Auzon ha rappresentato benissimo lo spavento di una giovine Livonese che viene per attendere alla coltivazione dell'albero piantato alla nascita del suo primo nato e lo trova distrutto. Presso gli Ainos Karafutos, antenati dei Giapponesi, le levatrici avevano un modo singolare di riconoscere la vigoria del bambino: esse prendevano dell'acqua fredda in bocca eppoi lanciavano questa specie di doccia con forza, sul ventre del neonato, e s'egli protestava con delle grida, il che doveva essere il caso più frequente, era indizio di un temperamento forte; il suo silenzio veniva interpretato come un segno di debolezza ed egli veniva esposto.

Egualmente in Bretagna gli abitanti del Finestère, non meno primitivi degli avoli delle faccie-gialle, immergevano il fanciullo di recente nato nelle acque ghiacciate della fontana di S. Candido situata nel circondario di Quimper. « Se il povero piccino distende le gambe, dice il Dott. A Legendre, è segno che vivrà; s'egli le ritira è segno di una morte vicina ».

I Groenlandesi, popolo prudente quantunque semplice, mettono vicino ad un neonato morto una testa di cane; essi temono che non conoscendo bene il paese delle anime, egli si smarrisca in viaggio; il cane, vero cane da cieco gli servirà da guida e lo condurrà al soggiorno delle anime. I selvaggi Chirigan sembrano essere gente economica che desidera di non perdere nulla; quando un fanciullo muore in tenera età lo si seppellisce lungo una via; passi una donna incinta, e l'anima del piccolo defunto sarà pronta a penetrare in questo domicilio di ventura.

Dal *Journal des Sages-femmes*, N. 2, 1890.

Dott. R. Polacco.

BIBLIOGRAFIA

Vulliet et *Lutaud.* — **Leçons de gynécologie opératoire** (Paris, A. Maloine, Libraire Editeur, 1890). — La ginecologia che, cinque lustri or sono, era medica, ora costituisce una branca delle più importanti della chirurgia. Pure riconoscendo che non da tutti si osserva una giusta misura, non può disconoscersi che oggidì la parte operatoria è così predominante nella ginecologia da non potersi più immaginare un ginecologo il quale non sia anche operatore. E le pubblicazioni si risentono di tale radicale mutamento e non solo, in tutti i trattati recenti, havvi una notevole parte dedicata alle operazioni, ma si vanno moltiplicando i libri che si occupano esclusivamente della parte operatoria. Ai trattati di Hegar e Kaltenbach, di Hofmeier, di Doran si aggiunge quello degli autori accennati che danno ora al pubblico la seconda edizione delle loro lezioni. E queste hanno una impronta speciale di novità e di originalità, impronta che ne costituisce ad un tempo il difetto ed il pregio. Gli autori, seguendo l'esempio delle università germaniche, hanno dato alle loro lezioni un carattere dimostrativo sperimentale, giovandosi del fantoccio di Schultze da loro alquanto modificato. Ma, mentre questo indirizzo dà a tale trattato un posto sui generis tra i suoi confratelli, lo rende incompleto, poichè ne doveva venire naturalmente eliminata la parte di chirurgia addominale, che pure è magna pars della ginecologia operatoria. La lettura di questo libro è ad ogni modo interessantissima per ogni riguardo anche al ginecologo provetto che vi troverà la descrizione di molti procedimenti operatorii, che non figurano in altri trattati, per esempio di quello di Terrier e di Leopold per la isteropexi, quello di Nicoletis modificato da Richelot contro le deviazioni uterine, di quello di Lawson Tait per la perineorafia, etc. Una lezione dedicata al massaggio in ginecologia accresce le attrattive di questo libro, che è pure illustrato da molte figure, parecchie delle quali originali.

MANGIAGALLI.

Berry Hart and *A. H. Freeland Barbour.* — **Manual of Gynecology.** Fourth Edition. W. and A. K. Johnston. Edinbourgh and London, 1890. — L'anatomia e la fisio-patologia degli organi pelvici femminili, come costituiscono il fondamento del sapere clinico per il ginecologo, così sono guida e lume costante ai chiari autori, noti per molti pregiati lavori nel campo appunto dell'anatomia e della fisiologia degli organi sessuali, nello scrivere il loro trattato, che ora ha la meritata fortuna

di avere la sua quarta edizione, prova non dubbia del favore incontrato. Pochi e forse nessun manuale hanno, come questo, il pregio di una esposizione anatomica chiara e completa di quanto può importare allo studioso di ginecologia. Oltre alla correttezza e alla nitidezza e alla eleganza dei tipi, il Trattato è notevole per le belle e numerose figure esplicative, e non è una semplice ristampa che ci offrono gli autori o l'editore, ma un libro rifuso e messo scrupolosamente a pari collo stato odierno della scienza. Facendo un confronto colla seconda edizione, noi vediamo aggiunto, per esempio, nella parte anatomica e fisiologica, un capitolo sull'anatomia della pelvi femminile studiata su sezioni sagittali, trasversali, orizzontali, e un capitolo, dedicato ai microrganismi in rapporto colla ginecologia, arricchisce pure la seconda sezione della prima parte. Anche la parte clinica è trattata più estesamente coll'aggiunta di nuovi capitoli ed il massaggio e l'elettroterapia in ginecologia vennero pure studiati con particolare riguardo. Accresce valore al libro un indice molto dettagliato della letteratura ginecologica recente.

MANGIAGALLI.

NOTE DI TERAPEUTICA UTERINA

La belladonna e la canape indiana in ginecologia. — Secondo Farlow sarebbero preziosi sedativi uterini ed agirebbero sui dolori aventi punto di partenza dal piccolo bacino, ed inoltre possederebbero proprietà lassative preziose pel ginecologo. Riuscirebbero utili per combattere i dolori dismenorroici delle ragazze e quelli d'origine ovarica ed i disturbi inerenti alla menopausa; dovrebbero essere amministrati mediante supposte contenenti ciascuna 25! cent. di estratto di ambo i medicamenti: una o due supposte al giorno a seconda della tolleranza.

Lozioni contro il prurito vulvare. — Iposolfito di soda gr. 30 — acido fenico gr. 5 — glicerina gr. 20 — acqua gr. 500. Questa soluzione che deve adoperarsi calda, serve anche a combattere il prurito dell'ano.

Preparazione di cilindretti uterini medicamentosi a base di sapone. — Il Garesnier preparò dei bastoncini al solfato di rame ed al creosoto di faggio, ma collo stesso processo se ne ponno fare altri all'acido fenico, all'ioduro potassico, ecc. Per i cilindretti al solfato di rame (1 : 30), polverizzato finamente tale sostanza in un mortaio riscaldato, la mescolò con 30 goccie di glicerina e 10

goccie d'olio di ricino e vi aggiunse in seguito il sapone raschiato. Portò poi la miscela alla temperatura di 100 (bagno-maria) in modo da ottenere una massa semifluida che aspirata e compressa in tubi di vetro di calibro conveniente, prende la forma di cannelli solidi che si devono conservare in boccetta a tappo smerigliato.

Collo stesso processo preparò i pistilli al creosoto di faggio secondo la formola — creosoto p. 1, sapone bianco di Marsiglia p. 4.

Journal de Medécine de Paris, 1890, p. 44.

Le iniezioni prolungate di acqua calda nell' epitelioma del collo uterino. — Tornery, basandosi sulle osservazioni proprie e su quelle di altri ginecologi arriva alle conclusioni seguenti:

Le iniezioni di acqua calda, 30° a 40°, prolungate per una mezz'ora e ripetute due volte al giorno, disinfettano la vagina e diminuiscono considerevolmente la secrezione icorosa e le perdite sanguigne, ed i dolori vengono con questo mezzo a diminuire, onde non occorre far uso delle iniezioni di morfina. Parecchie volte si sarebbe altresì osservato un raggrinzamento ed un indurimento delle masse cancerigne ed un arresto della loro invasione.

Revue des maladies des femmes, N. 1, 1890.

Le iniezioni ipodermiche di soluzione di cloruro di sodio nelle gravi anemie. — In un caso di gravissima clorosi accompagnata da incoscienza, anestesia completa, immobilità, respirazione breve, rivoluzioni cardiache accelerate, e mancanza di riflesso pupillare, Weber ricorse all' uso ipodermico di soluzione di cloruro di sodio al 6 per mille, iniettandone in una sola seduta circa 300 cent. c. al lato esterno del terzo superiore delle coscie ed amministrando, come coadiuvanti, clisteri di brodo, cognac, peptone Kemmerich; — due giorni dopo l'ammalata ritornava *compos sui* ed entrava indi a poco in convalescenza.

L'A. comunica anche una osservazione di E. Haffter, il quale, in un caso di anemia da aborto, iniettava 600 gr. della suddetta soluzione nel cavo peritoneale; dopo appena un minuto e mezzo dall'eseguita iniezione potè constatare che il polso della radiale erasi di assai risollevato, essendosi di poi l' assorbimento effettuato rapidamente e senza reazione.

Therapeutische Monatshefte, 2, 1890.

Dott. F. Villa.

NOTIZIE

Università italiane e straniere. *Necrologio* -- L'ostetricia ha subìto una grave perdita. Il professore Carlo Teodoro Litzmann moriva a Berlino nell'età di 75 anni il 24 febbraio p. p. lasciando nella scienza, che aveva coltivato con tanto amore, orme incancellabili del suo sapere e dell'acume del suo ingegno. Professore a Greisfswald nel 1845, venne chiamato nel 1849 all'università di Kiel e là si svolse la sua attività di insegnante e di scienziato fino al 1885, nella quale epoca, dopo 40 anni di insegnamento, si ritirava a Berlino a vita privata. I suoi lavori sul bacino obliquo ovale, sull'andamento del parto nelle pelvi ristrette, i suoi sforzi per riformare l'insegnamento e l'istituzione delle levatrici, gli danno uno dei primi posti in quella schiera di potenti ingegni che in Germania contribuirono così efficacemente a rinnovare l'ostetricia e la ginecologia.

Nomina — Il Dott. G. Heinricius, libero docente, è stato nominato Professore ordinario di ostetricia e pediatria nella Università di Helsingfors.

Statistica della Maternità di Bruxelles. — *Sezione per le Levatrici* (1889). — Su 404 parti si ebbe un solo decesso dovuto alla rottura d'utero antecedente all'ingresso della donna nella maternità e la morbilità del 6 0[0, computando le temperature di 38°. Quale antisettico venne esclusivamente adoperato il bicloruro di mercurio, che non produsse il benchè minimo accidente.

Statistica della Maternità di Liegi (1889). — Si ebbero 499 parti e 61 operazioni: due soli furono i casi di morte, avvenuti in donna con inserzione centrale della placenta ed accolta nell'istituto in condizioni gravissime e in altra paziente ricoverata nella maternità dopo che tentativi ripetuti di operazioni ostetriche avevano prodotto la rottura dell'utero. Venne eseguito un taglio cesareo con esito felice per la madre e pel feto, tre furono le embriotomie sulla testa, applicazioni di forcipe e rivolgimenti in numero uguale (15) e 7 perineorafie immediate o quasi immediate con risultato perfetto in sei casi. La morbilità calcolata, a partire dalla temperatura 38°, fu del 9 1[3 0[0.

Congresso medico internazionale. — Nelle sedute del mattino saranno discussi i seguenti argomenti:

1. L'antisepsi ostetrica.

   Relatore: Galabin, *Londra:* in unione con Stadfeldt, *Kopenhaghen*, Slavijanski, *Pietroburgo*, Fritsch, *Breslau.*

2. Il parto prematuro artificiale, le sue indicazioni ed i suoi metodi.

   Relatore: Th. Parvin, *Filadelfia:* in unione con Calderini, *Parma,* Macan, *Dublino*, Dohrn, *Königsberg.*

3. L'isterectomia vaginale.

Relatore: Williams, *Londra:* in unione con Pozzi, *Parigi,* Schauta, *Praga,* Olshausen, *Berlino.*

4. L'elettrolisi dei miomi.

Relatore: Apostoli, *Parigi:* in unione con Keith, *Londra,* Cutter, *New-York,* Zweifel, *Lipsia.*

In occasione del congresso vi sarà una esposizione medico-scientifica internazionale, che verrà aperta il 2 agosto e chiusa probabilmente l'11 agosto. Vi sarà ammesso tuttociò che ha attinenza colla medicina, strumenti, apparecchi per ricerche biologiche, nuove preparazioni chimiche, farmaceutiche, alimentari, piani e modelli di ospedali, apparecchi per disinfezione, lavori di cartografia medica, statistiche, pubblicazioni, ecc. Le dimande di partecipazione devono essere inviate prima del 15 maggio all'Ufficio del Congresso (Dott. Lassar, Berlino. NW. Karlstrasse, 19).

Servizio medico degli Ospedali di Parigi per l'anno 1890. — Diamo le notizie che possono importare ai cultori di ostetricia e ginecologia, unendovi anche le indicazioni che riguardano i servizii di chirurgia nei quali si fa la ginecologia.

Hôtel Dieu
Servizio di chirurgia
Prof. Verneuil
» Panas
» Tillaux

Hôpital de la Charité
Servizio di chirurgia
Prof. Trélat
Dott. Despréz
Servizio di ostetricia
Prof. Budin

Hôpital Necker
Servizio di chirurgia
Prof. Duplay
» Guyon

Hôpitale de la Pitié
Servizio di chirurgia
Prof. Lefort
Dott. Polaillon
Servizio ostetrico
Dott. Maygrier

Hôpital St. Antoine
Servizio di chirurgia
Dott. Marchand
» Monod

Hôpital Lariboisière
Servizio di chirurgia
Dott. Périer
» Berger
» Peyrot
Servizio di ostetricia
Dott. Porak

Hôpital Cochin
Servizio di chirurgia
Dott. Th. Anger
» Bouilly

Hôpital Beaujon
Servizio di chirurgia
Dott. Labbé
» B. Anger
Servizio di ostetricia
Dott. Ribemont

Hôpital Ténon
Servizio di chirurgia
Dott. Blum
» Richelot
» Jelizet
Servizio di ostetricia
Dott. Champetier de Ribes

Hôpital Laënnec
Servizio di chirurgia
Dott. Nicaise

Hôpital Bichat
Servizio di chirurgia
Dott. Terrier

Hôpital Broussais
Servizio di chirurgia
Dott. Reclus

Hôpital Saint-Louis
Servizio di chirurgia
Dott. Péan
» Le Dentu
Dott. Lucas Championnière
Servizio di ostetricia
Dott. Bar

Hôpital du Midi
Servizio di chirurgia
Dott. Humbert

Hôpital de Lourcine
Servizio di chirurgia
Dott. Pozzi

Hôpital de la Maternité
Servizio di chirurgia
Prof. Guéniot
Dott. Bouilly
Clinica Baudelocque
Prof. Pinard

Clinica ostetrica
Prof. Tarnier

Maison municipal de santé
Servizio di chirurgia
Dott. Schwartz
» Horteloup

Hôpital Trousseau
Servizio di chirurgia
Prof. Lannelongue

Hôspice de Bicêtre
Servizio di chirurgia
Dott. Segond

Hôspice de la Salpêtrière
Servizio di chirurgia
Dott. Terrillon.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
3 MAY 90
LIBRARY

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XII. Maggio-Giugno 1890. Num. 5-6.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO
Diretta dal Prof. Cav. Edoardo Porro

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
30 JUN 90
LIBRARY

Ulteriore contributo allo Studio della Operazione Porro

PEL

Dott. ETTORE TRUZZI
Primo Assistente nella R. Scuola Pareggiata di Ostetricia in Milano,
Docente libero in Ostetricia.

« Par évidence statistique je n'entends pas un « simple notation de décès et de succès, mais une « étude soignée des cas notés, des déductions ra- « tionnelles et enfin pour la pratique un guide as- « suré. » TH. LUSK (1).

Quando pel passato l'operazione Porro veniva confrontata ne' suoi risultati col taglio cesareo antico, la sua incontestabile superiorità non aveva quasi alcun bisogno di dimostrazione; bastava il solo fatto dei successi conseguiti coll'amputazione utero-ovarica cesarea in quegli stessi grandi centri, come Parigi, dove, pure essendo fiorente l'ostetricia, da quasi un secolo l'operazione cesarea era diventata sinonimo di disastro.

Ma in oggi, a rivale dell'operazione Porro, noi abbiamo il taglio cesareo rinnovato: un'operazione, la quale, e perchè ideata con procedi-

(1) TH. LUSK. « Pronostic des opérations césariennes. » Trad. de l'anglais par Schultz. In: « Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Ginécologie. » 1887, p. 533.

menti sotto il riguardo chirurgico molto studiati, in epoca in cui le pratiche antisettiche avevano già raggiunto notevole grado di perfezione, e perchè praticata per massima parte da operatori valenti, presso istituti, dove le laparotomie sono avvenimenti quotidiani, ed in casi che per le condizioni della madre si potevano dire per massima parte favorevoli, ha acquistato in questi ultimi anni così grande favore da minacciare una seria concorrenza non soltanto all'operazione Porro, ma benanco ad altri compensi ostetrici come la perforazione, la sinfisiotomia, il parto prematuro artificiale.

Nella discussione sul valore comparativo di queste diverse modalità d'intervento, nessuno giustamente in oggi vorrebbe dare importanza a semplici disquisizioni accademiche: tutti cercano, ed a ragione, il responso dei fatti.

Pur troppo però non sempre i fatti sono raccolti colla voluta diligenza e tanto meno giustamente commentati; — ed una tale insufficienza di indagini e di apprezzamenti pare si ripeta con particolare insistenza a proposito delle statistiche e dei giudizî sull'operazione Porro.

Per citare un esempio, in una dissertazione inaugurale del Dottore Max Rosenträger, pubblicata a Jena nello scorso anno (1), è data una statistica dell'operazione Porro, che dal 1876 arriva al 1888, pel quale ultimo anno non figurano però che tre soli casi, due di C. Braun-Fernwald ed uno di Frank. Tale statistica, abbastanza completa fino al 1884, fino al limite cioè a cui già arrivano le statistiche raccolte da Godson, da Mangiagalli e da me, si fa poi molto deficiente per gli anni successivi: tantochè per il triennio 1885-87 il numero dei casi arriva a soli 44 (oppure a 49, se si considerano tra le operazioni Porro le amputazioni utero-ovariche per anomala conformazione dell'utero o per rottura di quest'organo). Ora, noi possediamo per questo stesso triennio una statistica dell'Harris, la quale, senza essere completa, massime pei casi operati in Italia, giunge però ad una cifra di gran lunga superiore e cioè a casi 65 (2).

Ma più che l'insufficienza delle ricerche va rimproverato all'A. il modo, onde la statistica è commentata e le conclusioni, che ne vuol

---

(1) M. Rosentrager. « Ueber einen Kaiserschnitt nach conservierender Methode nebst Statistik der Porro Operationen — Inaugural Dissertation. » Jena, 1889.

(2) « Results of the Porro-Operation. » *The Britsh med. Journal.* Gennaio 1890.

trarre pel confronto tra la operazione Porro e quella di Sänger. L'A. prendendo in considerazione i soli casi di una prima sua tabella in numero di 207 (che vennero operati per vizio pelvico, per atresia vaginale, per carcinoma cervico-vaginale, e per alcune altre diverse indicazioni) li distingue in due grandi categorie, a norma che vennero operati in condizioni favorevoli o sfavorevoli. In seguito l'A. considera la mortalità nella prima di queste categorie (104 casi); mortalità, che a differenza di quella da me riscontrata del 36.3 per 0[0 salirebbe nella statistica di Rosenträger al 39,42 p. 0[0; e ricordando come pel taglio cesareo alla Sänger la mortalità non raggiunga che il 25.50 p. 0[0 (1), anzi per talune cliniche, come quelle di Dresda e di Lipsia sia di gran lunga minore, conclude affermando senz'altro che *l'operazione Porro, la quale anche per casi favorevoli dà una mortalità del 39.42 p. 0[0, non può fare concorrenza nel taglio cesareo col metodo conservatore e deve essere quindi limitata ad alcune speciali indicazioni.*

Per tal guisa noi vediamo in tale confronto messe a paro da una parte una statistica, quella di Porro, che per una buona metà dei casi (58 su 104) appartiene al periodo 1876-1882; mentre la statistica per l'operazione Sänger è tutta posteriore a tale epoca; appartiene quindi tutta a quel periodo, in cui le pratiche antisettiche e la sicurezza nelle imprese laparotomiche, come dimostrano le statistiche dell'ovariotomia e isterectomia, avevano raggiunto un grado assai maggiore di perfezione. È noto infatti come fin verso il 1880 ed anche più tardi, in molti istituti, in molti comparti ospitalieri, dove pure venne praticata l'operazione del Porro, i presidi antisettici o non fossero ancora seriamente istituiti, oppure stessero attraversando un periodo di prove, di preparazione, e tutta in genere l'organizzazione dei servizi non offrisse ancora sotto il riguardo asettico quelle garanzie, che in questi ultimi tempi vennero quasi dovunque, grado grado, conquistate.

A dimostrare infatti quanto sia censurabile l'interpretazione, che il Rosenträger dà alla sua statistica, può bastare questo fatto: se noi limitiamo il computo statistico per l'operazione Porro al periodo 1882-1888, cominciando cioè da quell'epoca in cui venne dal Leopold inaugurata la serie dei tagli cesarei rinnovati, noi vediamo la mortalità pei

---

(1) *Archiv. f. Gynäkol.* Bd. XXXIII, Hft. 2.

casi favorevoli bruscamente abbassarsi dal 39.42 p. 0[0 al 26.08 p. 0[0, ad una percentuale cioè di poco dissimile da quella che viene citata per l'operazione alla Sänger (25.50 p. 0[0). La stessa mortalità *lorda* per il metodo Porro, computata cioè senza alcuna selezione pei casi favorevoli e sfavorevoli se nella statistica raccolta di Rosenträger si può valutare per l'intero periodo 1876-88 al 50.24 0[0, offre pure una notevole diminuzione (42.4 p. 0[0), quando la si consideri per il periodo più moderno dal 1882 al 1888.

Che più? se noi escludiamo l'anno 1882, in cui in realtà l'operazione Porro fu poco fortunata (46.1 p. 0[0 di mortalità pei casi favorevoli), troviamo, sempre basandoci sulla stessa statistica dello scrittore di Jena, le seguenti cifre percentuali, che gareggiano vittoriosamente con quelle della operazione di Sänger:

Anno	N. dei casi	Decessi	Percentuale della mortalità
1883	11	2	18.1 p. 0[0
1884	10	2	20 »
1885	4	0	0 »
1886	4	1	25 »
1887 e primi casi del 1888	4	1	25 »
Totale	33	6	18.1 p. 0[0

L'Harris di Filadelfia ha riconosciuto la necessità di una tale distinzione di epoche e nel darci un esteso elenco delle operazioni Porro per il periodo 1876-1888 (1) aggiunge un parziale elenco per quella dal 1885 al 1888, che dimostra quanto migliorata sia la statistica di tale operazione dall'epoca in cui le pratiche antisettiche toccarono un alto grado di perfezione. Nel mentre infatti pei 250 casi di tutto il periodo

(1) Robert P. Harris. « A record of the Porro-cæsarean Operation, showing its results in all countries. » *British medical Journal*, March 30, 1889, p. 708.

1876-88 la mortalità è del 46 p. 0[0, la stessa si abbassa bruscamente al 19.7 p. 0[0 nel parziale elenco pei casi del periodo più moderno dal 1885-88. Vi sono anzi dei paesi, dove l'operazione Porro in questi ultimi anni offre una mortalità di gran lunga minore: così l'Austria sopra una somma di 24 casi offre la mortalità dell' 8.3 p. 0[0; di poco superiore è la percentuale per la Prussia (14.2 p. 0[0) e per la Germania (15.3 p. 0[0), pure computando per quest'ultima tra gli insuccessi dell'operazione Porro un caso di suicidio dell'operata.

L'Harris ne conclude che se l'operazione Sänger ha saputo salvare in Germania 66 donne su 78 operate, non si vede ragione perchè il metodo Porro, a condizioni del resto pari, non debba dare eguale se non migliori risultati, e non riporti anche presso altre nazioni le stesse vittorie ottenute in Austria durante il quadriennio 1885-88. L'A. ha fatto nel gennaio 1890 nuove aggiunte (14 casi) alla sua statistica, sempre per l'istesso periodo 1876-88 (1); dessa quindi, come venne raccolta dallo statista americano, toccherebbe per l'accennato tredicennio la somma di 264 casi: le conclusioni a cui giunge l'A. in questa nuova pubblicazione confermano quelle dell'antecedente: dimostrano cioè come in tutti i paesi, ad eccezione della Francia, si osservi una notevolissima differenza tra i risultati dell'operazione Porro nel primo decennio di prova e quelli di gran lunga migliori che si ebbero in questi ultimi anni. L'A. ricordando ancora una volta la splendida statistica del defunto Breisky (8 operazioni in 10 anni, tutte con successo) e quella del Dott. H. Riedinger di Brünn per quasi l'eguale periodo (7 operazioni con 7 successi), afferma che il metodo Porro deve dare in oggi almeno l'80 per 0[0 di guarigioni, ed anche una percentuale più elevata, per poco che gli operatori abbiano riguardo alle condizioni dell'operanda, alla durata antecedente del parto, alle condizioni insomma, che influiscono potentemente sull'esito di tale intervento.

Nel 1884, quando ebbi occasione di pubblicare un mio primo lavoro critico-statistico sull'operazione Porro (2), non mi fu possibile portare per mia parte altro contributo al credito della medesima se non la storia

---

(1) Harris. « Results of the Porro-Operation. » *The British medic. Journal.* Gennaio 1890.

(2) Truzzi. « Sulla operazione Porro. » Studio critico-statistico. *Annali universali di medicina.* Vol. 269, 1884.

di un mio primo successo ed una interpretazione, che mi parve ragionevole, di tutta la statistica raccolta fino all'ottobre di quello stesso anno. In oggi invece, se una migliore conoscenza dell'operazione Sänger, se i trionfi riportati dalla medesima mi hanno persuaso a modificare sensibilmente i miei apprezzamenti sul valore di tale operazione, sono però in grado d'altra parte di riconfermare le mie vedute sul metodo Porro colla migliore delle argomentazioni, colla *relazione* cioè *di altri sei casi da me stesso operati, dei quali cinque seguiti da buon esito anche per la madre,* nonchè colla presentazione di un secondo quadro statistico, che fa seguito a quello già pubblicato, e che, molto più completo di quelli finora apparsi dopo tale epoca (ottobre 1884), raccoglie la casistica italiana fino al 31 Dicembre 1889, e come vedremo, conferma pienamente per l'Italia l'opinione, già manifestata da Harris, che l'*Operazione Porro presso quasi tutte le nazioni ha incontrato in questi ultimi anni un sensibilissimo miglioramento.*

L'unico insuccesso, fin quì da me avuto, riguarda, come dirò più avanti, un caso clinico tanto disgraziato, che veramente la mancata salvezza della paziente non può in alcun modo imputarsi a demerito dell'intervento operativo.

Di queste sette osservazioni cliniche quattro sono inedite, tre vennero già più o meno estesamente pubblicate. Di queste ultime non parmi inutile dare qui un breve riassunto, anche perchè due di esse si prestano a qualche considerazione, che faremo più avanti, sugli effetti dell'amputazione utero-ovarica cesarea in casi di osteomalacia.

OSSERVAZIONE I.

19 Giugno 1884. — Operazione Porro in primipara, rachitica, nella seconda quindicina del nono mese — a travaglio non iniziato. — Guarigione; feto vivo (1).

Primipara, d'anni 25, rachitica. Ultima mestruazione agli ultimi di agosto 1883. Ricovera nella Maternità di Milano il 9 giugno dell'anno successivo e viene iscritta col N. 159. — Misure pelviche principali:

---

(1) Truzzi. « Sulla operazione Porro ». *Annali univ. di medicina,* 1884.

D Spine 19 cent. D. Cr. 24 cent. D. Bitr. 29 centim. C. E. 15.5 cent. C. D. 72 mm. C. V. 60 mm. — la metà sinistra della pelvi è sensibilmente più ridotta della destra. Pr. vertice, mobile sullo stretto superiore: posizione seconda. Feto vivo. L'atto operativo viene praticato a travaglio non peranco iniziato a membrane tuttora integre. Taglio delle pareti addominali lungo la linea alba, dall'ombellico a tre dita trasverse sopra il pube: l'incisione mediana verticale dell'utero, che è lasciato in sede, cade sull'area di inserzione della placenta. Il feto, afferrato per un ginocchio, viene rapidamente estratto: la lieve sua condizione di asfissia è facilmente vinta colle comuni manovre; è lungo 48 cm., pesa 2600 grammi. Sgusciato l'utero dalla cavità addominale, estratte le secondine, si costringe il cono cervico-uterino mediante ansa di grosso filo di ferro ricotto, montata su serranodo Cintrat, che viene lasciato in sede per i primi giorni dopo l'atto operativo. Il peduncolo è fissato all'esterno, trapassato con grosso ago metallico, e, dopo la sutura delle pareti addominali con punti profondi (in argento) e superficiali (in seta) toccato con percloruro di ferro e circondato in basso con molteplici giri di garza fenicata. Decorso consecutivo affatto regolare, salvo lievi disturbi intestinali. In sedicesima giornata era caduto il moncone e l'infundibolo passava in seguito a rapida riparazione.

OSSERVAZIONE II.

6 Febbraio 1885. — Terzipara. Ostruzione pelvica per voluminoso fibrosarcoma. Operazione Porro a travaglio già inoltrato, ad acque colate da quasi 40 ore. Feto vivo. Madre morta (1).

Terzipara di 25 anni, di professione sarta, viene accolta la sera del giorno 6 febbraio 1885 ed inscritta nella registrazione dell'Ospizio col N. 45. Dei parti antecedenti il primo era stato abortivo, spontaneo; il secondo (25 agosto 1883) artificiale, molto laborioso. Era stato chiamato in tale occasione a domicilio della paziente l'egregio collega Dott. G. B. Nicolini, consulente ostetrico di S. Corona: e questi stante la distocia causata dalla presenza nel piccolo bacino di un tumore già discretamente sviluppato, dovette ricorrere all'embriotomia, incominciata col forcipe Guyon, continuata col cranioclaste Braun, ed ultimata mediante uncino acuto. Dopo un puerperio leggermente febbrile, la donna potè rimettersi in discrete condizioni generali di salute. Intanto però andava progressivamente crescendo il volume del tumore intropelvico, pel quale vennero in

(1) Osservazione inedita.

seguito ad insorgere disturbi meccanici da compressione degli organi del bacino. Tali sofferenze si fecero naturalmente maggiori allorquando a circa otto mesi dall'antecedente parto, si iniziò una terza gravidanza, l'attuale, la quale ciò malgrado raggiunse il normale suo termine. Il travaglio si iniziò la notte dal 5 al 6 febbraio con dolori abbastanza frequenti ed intensi; nel giorno successivo vennero chiamati a domicilio della paziente i Dott. Nicolini e Monzini, i quali consigliarono il pronto trasporto della donna alla Maternità; ma l'onesto suggerimento non venne ascoltato e verso sera venni io stesso pregato di vedere l'ammalata al suo domicilio. Trovai la medesima già alquanto spossata di forze: le contrazioni uterine, al dire della levatrice, s'erano fatte da qualche ora meno frequenti e meno intense; le acque erano colate spontaneamente alle cinque del mattino. L'utero era fortemente addossato sul suo contenuto; però il battito cardiaco fetale, salvo leggier soffio al primo tempo, mantenevasi abbastanza regolare. Per questo fatto e per la grave distocia da ostruzione pelvica ripetei alla famiglia il consiglio già dato dai colleghi Monzini e Nicolini, della cui antecedente visita alla donna allora appena ebbi notizia. Tale concordanza dei nostri pareri valse finalmente a decidere l'ammalata, la quale alle ore 7.40 pom. del giorno 6 veniva accolta nella Maternità.

Dalla visita d'ingresso, praticata sotto cloronarcosi dall'illustre Prof. Porro e da me, risultava quanto segue: donna gracile, deperita — addome leggermente meteoritico, utero spostato notevolmente in totalità in alto e verso destra, addossato fortemente alle parti fetali — nei quadranti inferiori, all'insopra del pube, si distinguono alla palpazione due tumori, l'uno fetale, verso destra ed anteriormente (estremo cefalico flesso), poco ballottabile e tutt'affatto soprastante al piano dello stretto superiore; l'altro materno, fisso, verso sinistra e posteriormente, a superficie quasi regolarmente convessa, che emergeva di alcuni centimetri al disopra del piano anzidetto, e che al riscontro digito-vaginale combinato appariva come la parte culminante di un grosso tumore, a consistenza quasi uniforme, carnosa, fisso per la massima sua porzione nell'escavazione del bacino.

Il canal vaginale era come schiacciato verso la parete pelvica di destra; colla introduzione, alquanto stentata, di due dita in vagina, si riesciva appena a sfiorare in alto l'orificio uterino esterno, di cui male si apprezzavano le condizioni di dilatabilità e dilatazione. All'esame digito-rettale si notava che l'intestino nella sua porzione intropelvica era spostato sensibilmente verso destra, e reso angusto per la compressione esercitata sul medesimo dal tumore, il quale pareva in tale esame affatto indipendente sia dall'ossatura della parete pelvica posteriore, sia dalle sinfisi sacro-iliache, pur essendo assai avvicinato a quella del lato sinistro. Battito fetale, più soffiante che prima, però a ritmo tuttora abba-

stanza regolare: 124 al 1.° Polso materno 96. Temp. 38.1. R. 30. Urine scarse, leggermente albuminose.

Alle ore 8.30 pom. coll'assistenza del Prof. Porro procedeva all'operazione cesarea. L'incisione delle pareti addominali dovette essere praticata piuttosto in alto, arrivando a circa 5 cm. oltre il bellico, onde evitare in basso la vescica, fortemente spostata coll'utero verso l'alto. Incisione dell'utero in sede, sulla linea mediana e piuttosto verso il fondo: l'emorragia, per quanto il taglio sia caduto in piena inserzione placentare, non è considerevole. L'estrazione del feto per i piedi riesce spedita fino alla testa, la quale trovasi fortemente abbracciata dalla parete uterina in basso, nè può essere estratta se non dopo vigorose trazioni sulla nuca e sulla mandibola fetale. Il feto, alquanto asfitico, è però bene rianimato. Nello sgusciare l'utero dalla ferita, protrudono dalla medesima pacchetti di anse intestinali, che vengono prontamente ridotti con flanelle. Estrazione delle secondine: costrizione metallica del cono cervico uterino mediante serranodo Cintrat; amputazione utero-ovarica colle solite norme. Per la confermata indipendenza dell'utero dal tumore, il peduncolo riesce abbastanza lungo per poter essere con tutta facilità fissato all'angolo inferiore della ferita addominale: il tumore è fisso e ricoperto dal peritoneo pelvico, che trovasi in totalità risospinto verso l'alto, senza però che il legamento largo di sinistra si presenti estesamente sdoppiato in basso, là dove corrisponde alla parte elevata del tumore. Gli annessi uterini di sinistra sono quindi abbastanza indipendenti dal medesimo, talchè nell'applicazione del serranodo i medesimi con tutta facilità vengono trascinati all'insopra dell'ansa di costrizione ed asportati, mentre questa prende appoggio sull'ovaia di destra alquanto più bassa. Trafissione del moncone con asticina metallica: sutura delle pareti addominali colle norme ordinarie: il moncone viene toccato con soluzione concentrata di percloruro di ferro e circondato alla sua base con striscie di garza. Medicazione Lister all'acido carbolico. Il solito coltroncino di migliarola sulla medesima. La porzione dell'utero asportato pesa 720 gr.; al taglio delle sue pareti non si riscontrano altri noccioli secondari dell'esistente tumore intropelvico.

Il bambino, di sesso maschile ed abbastanza bene rianimato, era a termine, ben conformato, sano e pesava 3300 grammi; era lungo 51 cm. (26 e 25); bipar. anat. 9. 7 mm.

Il decorso clinico dell'operata diede sul principio qualche speranza di buon esito: ma ben presto le cose volsero a male e la paziente venne a morte in terza giornata, alle 10. 30 ant. del giorno 9 febbraio.

Ecco alcune particolarità del diario clinico dell'operata:

Dopo l'operazione, ore 11 pom. del giorno 6 febbraio. T. 37.1. P. 88. R. 26. Tranquilla, cateterismo: urine scarse, non carboliche. Iniezione di morfina (1 centigr.).

Giorno 7: ore 5. 40 ant. T. 37. 3. P. 90. R. 28. Cateterismo: urine sempre scarse, fortemente colorate, non però carboliche, tuttora leggermente albuminose. Qualche conato di vomito. Iniezione di morfina. — Ore 2 pom. T. 37. 5, l'operata è disturbata da tosse molesta, stizzosa. Urine, col cateterismo, scarse, non carboliche. — Ore 6. 30 pom. T. 38. 2. P. 100. R. 28. Area epigastrica alquanto meteoritica: conati insistenti di vomito. Si nota leggier stillicidio di sangue da alcuni limitati punti del moncone: si stringe quindi per 1 1[2 giro la vite del serranodo e si rinnova la medicazione, coprendo il moncone con cotone al percloruro di ferro.

Giorno 8: ore 6 ant. T. 38. 1. P. 116. R. 30. Ha passato una notte un po' inquieta, malgrado una iniezione di morfina a mezzanotte. Insistono piuttosto penosi i conati di vomito. Urine alquanto aumentate (nelle 24 ore 830 gr.), ancora leggermente albuminose. Dolori intermittenti a tutto l'ambito addominale. Clistere purgativo di camomilla ed olio. — Ore 11 antim. il clistere fu inefficace; insistono intermittenti i dolori, che hanno il carattere di intestinali: meteorismo alquanto aumentato, 2 polv. di calomelano ed oppio (20 ed 1). — Ore 2 pom. T. 37. 7. P. 112. R. 28. Enteroclisma di olio (2 litri), che viene spinto nell'intestino a mezzo di una lunga siringa in gomma elastica, oltre il limite della porzione rettale compressa dal tumore. — Ore 6 pom., meteorismo notevolmente cresciuto, fisionomia alquanto scomposta, vomito schiumoso insistente, biliare: il liquame rigettato nella notte pare esali anche odore fecaloide. Ambascia di respiro. Si ricorre alla medicazione stimolante (cognac, iniezioni di etere, di muschio, riscaldamento artificiale). — Ore 10 pom. T. 37. 2. P. 116, meteorismo sempre in aumento, vanno aggravandosi i fenomeni di colasso e la dispnea. La paziente ha fugace sollievo dalla enterocentesi capillare, che viene ripetuta al mattino successivo.

Giorno 9: ore 10. 30 ant., decesso.

Del reperto necroscopico (ore 24 dopo il decesso) mi limito per brevità a riferire quanto riguarda le condizioni, che più ne interessano, quelle cioè del cavo addomino-pelvico. Scucita la ferita addominale, già abbastanza bene riunita massime in corrispondenza al peritoneo, e tolto il serranodo, si trova il moncone già completamente saldato all'angolo inferiore della ferita addominale. Uno scarso essudato torbidiccio umetta le parti più declivi del cavo peritoneale; le anse intestinali qua e là coalescenti per tenue essudato, sono, come il ventricolo, sovradistese per meteorismo, ed a superficie fortemente iniettata. Lo scavo pelvico nella massima sua parte, ed il grande bacino per breve altezza sono occupati da un grosso tumore, a consistenza carnosa, a superficie leggermente lobulata, rivestito da una specie di buccia membranacea, avventizia, indipendente dall'ossatura, dalle sinfisi articolari, dall'apone-

vrosi dei muscoli intropelvici e sviluppato nell'abbondante tessuto cellulo-adiposo del *cavum pelvis subperitoneale.* Anche quanto residua dell'apparato genito-orinario si dimostra indipendente dalla compage del tumore; la vagina e l'intestino retto sono, come già erasi riconosciuto all'indagine clinica, spostati sensibilmente verso destra: l'ectopia di

quest'ultimo non lo sottraeva però a grave compressione per parte del tumore, come lo dimostravano anche una abnorme distensione della porzione soprastante del crasso, e l'accumulo in questo di enorme quantità di materie fecali molto indurite. I reni erano affetti da legger grado di nefrite parenchimatosa; gli ureteri non ectasici.

Il tumore, di forma quasi sferica (veggasi l'unita figura ottenuta col processo di fotoincisione Turati) ha una circonferenza massima di 38 cm.,

un diametro verticale di 11 cm., un trasverso di 11.5; ed offre all'esame macroscopico, sopratutto al taglio, le parvenze di un tumore sarcomatoso. Tale giudizio trovò conferma all'esame istologico, con cui era facile riconoscere i caratteri del sarcoma cosidetto fascicolato (Cornil et Ranvier) o tumore fibroplastico di Lebert: il discreto sviluppo della sostanza intercellulare massime verso la periferia del tumore, dava ragione della relativa lentezza di sviluppo del tumore e della durata abbastanza lunga della malattia. In alcuni punti del neoplasma piuttosto che le cellule fusiformi predominavano, forse per arretrato sviluppo del tessuto connettivo embrionario, le cellule rotonde, a protoplasma leggermente granuloso e poco abbondante.

Per quanto non si possa escludere dalle cause del decesso un processo settico, giustificato anche dalle vicende del parto avanti l'atto operativo, va però concessa la maggiore importanza alla manchevole resistenza organica dell'operata, affetta da voluminoso sarcoma, da incipiente nefrite, e sopratutto al colasso causato dall'imponente meteorismo, il quale a sua volta ripeteva origine dalla compressione che la porzione terminale dell'intestino incontrava per opera del tumore intropelvico.

OSSERVAZIONE III.

4 Agosto 1885. — Stenosi gravissima per osteomalacia in donna secondipara — Operazione Porro a travaglio non iniziato, feto vivo, madre salva (1).

Contadina, d'anni 26, viene ricoverata nella Maternità il 20 luglio 1885 ed inscritta col N. 226. Prima mestruazione all'età di 13 anni. A 20 andò a marito. Rimasta presto gravida, fu incolta verso il sesto mese dalle caratteristiche sofferenze dell'osteomalacia, che si alleviarono però dopo il parto (che fu spontaneo), a malgrado che la madre allattasse il proprio bambino per quasi 17 mesi.

Coll'iniziarsi dell'attuale seconda gravidanza, i dolori osteomalacici tornarono in scena intensissimi e verso il sesto mese obbligarono la donna al letto in modo permanente.

Ricoverata, per consiglio del medico, nella Maternità, presentavasi oltremodo scarna, sofferente al minimo movimento. Limitatissima e dolorosa l'abduzione delle coscie. La pelvi, caratteristicamente deturpata dal rammollimento osteomalacico, appariva ristretta in modo assoluto:

---

(1) Truzzi. « Di alcune interessanti laparotomie. » *Gazzetta medica italiana*. Lombardia, 1886.

l'esplorazione digito vaginale, per l'angustia dell'arcata pubica, non era possibile se non approfittando dello spazio retro ischiatico. Situazione obliqua del feto, battito regolare.

Per le condizioni generali deplorevoli, in cui versava la paziente, non parve opportuno ritardare l'intervento operativo; e questo, in assenza del chiarissimo Prof. Porro, venne da me intrapreso addì 4 agosto 1885, quando la gravidanza toccava la prima metà del nono mese. L'utero venne inciso in sede e per buona ventura lontano stavolta dall'inserzione placentare, ch'era in alto e posteriormente. Costrizione con due serranodi Cintrat, asta di trafissione attraverso al moncone, cauterizzazione di questo con percloruro ferrico concentrato, medicazione carbolica.

Il neonato, di sesso maschile, vagì subito e con forza; pesava 2600 gr. e misurava 47 cm. in lunghezza (25-22). La porzione amputata dell'utero pesava 630 gr.

Nel decorso consecutivo s'ebbe a notare nelle prime sei giornate, più tardi nella XV^a^ e XVI^a^ un processo febbrile, in talune ore elevato (Temp. mass. 39.8 una sol volta), e che imputabile con tutta probabilità a disturbi semplici intestinali da coprostasi e da disordini dietetici furtivamente compiuti alla vigilia dell'atto operativo, cedette sotto l'uso del calomelano a dose eccoprotica e dei clisteri purgativi. Il distacco del moncone fu completo in XVI^a^ giornata. La paziente venne licenziata 70 giorni dopo l'atto operativo, in condizioni generali relativamente soddisfacenti. Era però ancora impossibile alla donna il reggersi in piedi; l'abduzione delle coscie tuttora limitata e dolorosa.

OSSERVAZIONE IV.

10 Marzo 1887. — Secondipara affetta da grave osteomalacia. Operazione Porro a travaglio da poche ore iniziato, feto vivo, madre salva (1).

Viene accolta nella Maternità milanese addì 20 febbraio 1887 e registrata col N. 69. La vita trascorsa dalla povera paziente nell'infanzia e nell'età adulta fu tutta una iliade di sofferenze fisiche e morali, che meritano certamente larga parte nella eziologia della insorta osteomalacia fino dalla prima gravidanza, nonchè del pronto aggravarsi della stessa

(1) Truzzi. « Stenosi pelvica assoluta da osteomalacia. » Operazione Porro. Esito favorevole per la madre e per il bambino. *Gazzetta medica italiana*. Lombardia, 1887.

durante la seconda attuale gestazione. Se il primo parto potè essere spontaneo, attualmente la riduzione pelvica, alla quale già si accompagna rammollimento osteomalacico della colonna vertebrale e delle scapole, è così avanzata da togliere la possibilità del parto per le vie naturali a mezzo di operazioni embriotomiche. Il diametro bisischiatico è di centim. 3.5: l'arcata pubica trasformata per tutta la sua altezza in una angusta fenditura: lo spazio utile allo stretto superiore estremamente ridotto: l'abduzione delle coscie dolorosissima e limitata a pochi cent.

L'operazione Porro così nettamente indicata dovette essere praticata d'urgenza per l'intempestivo iniziarsi del travaglio verso la prima decade del nono mese. Al momento dell'operazione avevasi dilatazione di tre centim.; le membrane erano integre; il battito fetale era alquanto irregolare, stante la frequenza eccessiva delle doglie, contro la quale oppio e laudano, amministrati per bocca e per clistere, avevano poco o nulla giovato.

L'atto operativo, praticato coll'assistenza del Prof. Porro e colle solite norme (incisione dell'utero in sede e sulla linea mediana; costrizione del cono cervico-uterino mediante serranodi Cintrat; trafissione del moncone con asticina metallica, ecc.), venne compiuto speditamente e senza speciali accidenti. La dieresi uterina cadde in parte su tessuto placentare, che aveva però la prevalente sua inserzione alla regione del fondo; le acque amniotiche sgorgarono tinte in meconio. Il feto, alquanto asfitico, fu presto rianimato; pesava 2670 gr., ed era lungo 46.6 cent.

Al principio della seconda giornata dopo l'atto operativo, la donna ebbe a presentare una tumefazione acuta della ghiandola tiroidea, che andò grado grado dissipandosi, tantochè sul cadere della quarta giornata la ghiandola era tornata a proporzioni normali. Della genesi e del significato clinico di questo raro episodio nel decorso delle operate alla Porro già ebbi occasione di scrivere qualche cenno nella citata mia pubblicazione sul presente caso clinico.

In nona giornata vennero tolti i punti di sutura; ad epoca un po' tardiva, cioè in XIX giornata si ultimava il distacco del moncone. L'ulteriore decorso dell'operata non fu disturbato che da fenomeni di cistite, che si emendarono dopo lavature endo-vescicali all'acido borico. La paziente lasciò il letto in XXIX giornata e venne licenziata in condizioni di salute sensibilmente migliorate 62 giorni dopo l'atto operativo. Poteva già resistere senza sofferenze alla stazione eretta e mediante appoggio camminare con bastante facilità.

OSSERVAZIONE V.

23 Luglio 1888. — Quintipara, osteomalacia in travaglio da 27 ore — membrane integre; abbondanza notevole di acque amniotiche. Operazione Porro, feto vivo, decorso apiretico (1).

La paziente, visitata da me al suo domicilio, allorquando il travaglio durava già da circa 24 ore, viene tradotta alla Maternità alle ore 1. 30 pom. del giorno 23 luglio 1888, ed inscritta col N. 264.

Ha 36 anni: a 14 fu per la prima volta mestruata, a 19 prese marito. Le indagini anamnestiche non valgono ad illuminarci gran fatto sulla causa dell'insorta osteomalacia, le cui prime sofferenze s'iniziarono verso la metà della seconda gravidanza. Ed in vero la donna assicura di avere mai sofferto in passato malattie d'importanza; le gestazioni non furono molto avvicinate; dei bambini soltanto il primo venne dalla madre allattato; le stesse abitudini di vita non furono in passato così antigieniche da dar facile ragione della malattia ossea che ha colpito la donna. Le trascorse quattro gravidanze toccarono regolarmente il loro termine: i parti furono spontanei, però le ultime due volte molto laboriosi. I feti nacquero vivi: i puerperi furono normali.

Ultima mestruazione addì 29 ottobre 1887; i primi moti attivi alla fine di febbraio 1888. I dolori ossei si fecero presto così intensi in questa gravidanza, da obbligare negli ultimi mesi la paziente alla degenza continua a letto. Il travaglio si iniziò verso la una pom. del giorno 22 luglio: le contrazioni si mantennero per tutta la notte piuttosto languide ed infrequenti; e solo dopo le undici antim. del 24 cominciarono a farsi alquanto più gagliarde ed avvicinate. La levatrice, fidando troppo nel ricordo dei parti spontanei trascorsi, per quanto non sapesse darsi ragione della inusitata difficoltà nell' esplorazione digito vaginale e della inaccessibilità della parte presentata, pure non si decise a chiedere il mio consiglio se non quando potè convincersi che il travaglio non accennava in nessun modo a progredire. Potei facilmente convincere la paziente della necessità del pronto suo ricovero nella Maternità, dove si allestirono con febbrile attività i preparativi per l' amputazione utero-ovarica cesarea, che venne da me eseguita, essendo il Prof. Porro assente in quel tempo da Milano.

L'esame ostetrico della paziente, ripetuto con maggior cura nella

(1) Osservazione inedita.

clinica, dava quanto segue: donna gracile, molto denutrita, nessuna apprezzabile lesione agli organi toracici, addome notevolmente sviluppato; cuscinetto edematoso ipogastrico. Circonferenza ombelicale 109 cm., utero teso quasi a permanenza, a forma piuttosto globosa. Estremo cefalico fetale tutto mobile sullo stretto superiore, leggermente deviato verso sinistra, parti piccole poco manifeste in alto ed a destra, battito cardiaco fetale soffiante, profondo e poco regolare. La pelvi offriva le note più classiche della deformazione e riduzione osteomalacica (ali iliache accartocciate, pube fortemente rostrato, arcata pubica ridotta ad una angusta fenditura, diam. bisischiatico di 3.5 cm., sacro fortemente incurvato nel senso dell'altezza ed in senso trasversale, stretto superiore a forma spiccata di tricorno ecc.) La dilatazione era a circa 5 cm.; la dilatabilità però pressochè completa, le membrane tese a permanenza, la presentazione quasi inaccessibile.

L'operazione Porro, da me eseguita colla sola assistenza del Dottore Bertazzoli, secondo Assistente nella Maternità, e del medico praticante Dott. Besia, che attendeva alla cloronarcosi, venne condotta colle norme solite. Alla sezione delle membrane sgorgò un'ondata irruente di acque amniotiche, discretamente tinte in meconio; il feto afferrato per un piede fu prontamente estratto, non si riebbe che dopo insistenti manovre; ma poi vagì con forza e si mantenne in buone condizioni; pesava 3300 gr. ed era lungo 52.5 cm. (27.5-25); era di sesso maschile. Le trombe faloppiane per essere immediatamente sottostanti al cingolo di costrizione col Cintrat, apparivano fortemente congeste e facilmente sanguinanti; nel dubbio che potessero tra altro impedire un completo affrontamento della sierosa parietale con quella del moncone, vennero legate appena sotto l'ansa metallica ed escise. Alcuni punti in catgut ai margini della ferita peritoneale appena all'insopra del moncone assicurarono in modo perfetto l'addossamento delle due superfici sierose. Il moncone trapassato dalla solita asticina metallica non venne toccato, come nei casi antecedenti, con soluzione satura di percloruro di ferro, bensì cosperso di abbondante polvere di iodoformio. La placenta era in questo caso inserita alla parete posteriore uterina.

Il decorso post-operativo fu dei più regolari; in ottava giornata vennero tolti i punti di sutura metallica ed in seta, in dodicesima il serranodi. In diciottesima l'infundibolo per distacco ormai completo della parte necrotizzata, si mostrava già estesamente gnanuleggiante; poco o nessun odore aveva e salato il moncone perfettamente mumificato avanti il suo distacco.

La donna veniva licenziata 47 giorni dopo l'atto operativo in condizioni di salute ben migliori di quelle notate al suo ingresso. Già poteva reggersi bene in piedi e fare alcuni passi anche senza appoggio; i dolori ossei erano sensibilmente diminuiti d'intensità.

OSSERVAZIONE VI.

27 Novembre 1888. — Secondipara, gravemente viziata per rachitismo. Operazione Porro verso il termine della gravidanza, a travaglio non per anco iniziato, feto vivo, madre guarita (1).

La prima gravidanza era stata da me artificialmente interrotta a domicilio della paziente per indicazione data dal notevole grado di viziatura pelvica.

Rimasta dopo quattro anni nuovamente incinta, la donna richiese verso il quinto mese il mio consiglio, dimostrandomi però in pari tempo il vivo desiderio di salvare la propria creatura. Accettò quindi la proposta di entrare nella Maternità nel nono mese, per correrví le sorti dell' operazione cesarea, intorno alla quale non si erano alla donna taciuti nè i pericoli nè le speranze di buon esito. Fu accolta il 5 novembre 1888 ed operata il 27.

Anamnesi: 40 anni di età, professione sarta e qualche anno prima rivenditrice di giornali. — Cominciò ad avere disturbi nella deambulazione all'età di sette anni, tantochè poi fine agli undici dovette camminare parte colle gruccie, parte strascicando le natiche sul suolo e spostando il corpo coll' aiuto più degli arti superiori che di quelli inferiori. Ammalò di vaiuolo all' età di 14 anni; in seguito godette buona salute. A 15 anni la prima mestruazione: le successive, regolari per periodo, ma scarse. La donna prese marito all'età di 35 anni; delle due gravidanze che ne seguirono, la prima fu, come già dissi, artificialmente interrotta a scopo ostetrico: la seconda, l' attuale, volge al normale suo termine senza speciali anomalie nel suo decorso. L'ultimo tributo mensile il 21 febbraio; i primi moti attivi il 13 luglio.

L'esame somatico (alla vigilia dell'atto operativo) dava quanto segue: scheletro gracile, ad ossa assai sottili, salvo in corrispondenza all'estremità articolari dove, massime agli arti superiori, le epifisi si appalesano molto ingrossate; regione sincipitale appianata, bozze parietali e frontali sporgenti, mandibola acuminata, denti rovinati quasi completamente dalla carie; rosario rachitico, lievissima cifoscoliosi dorsale e marcata insellatura lombare — natiche sporgenti; spine iliache posteriori fortemente pronunciate. Diam. sp. 25. 2 cm., D. cr. 25. 5, D. bitr. 29, Diam. obbl. d. e sin. 24, C. E. 17. 5, C. D. 85 mm., C. V. 72-74 mm. — Abnormi

(1) Osservazione inedita.

incurvature rachitiche agli arti inferiori, massime in corrispondenza alle tibie. L'utero era in forte obliquità antero-laterale destra; il feto in presentazione della spalla sinistra, dorso posteriore. Battito regolare col maximum vicino al bellico. Circonferenza addominale al bellico 98 cm. Distanza dal pube all'appendice xifoide 40 cm., dal pube al bellico 19, dal pube al fondo uterino 38. 5 cm.

L'operazione venne impresa addì 27 novembre, a travaglio non ancora iniziato, a membrane integre, e dopochè l'intestino aveva potuto in questo caso nei giorni antecedenti essere convenientemente preparato. La dieresi uterina, praticata per un tratto di circa 16 cm. ad utero in sede, viene condotta prevalentemente verso il fondo e non cade sull'area di impianto placentare, che trovasi in questo caso verso la parete uterina posteriore. Il feto, estratto prontamente mediante presa su un piede, vagisce subito e con forza. L'utero è floscio, non disposto a contrarsi; per cui mentre io colla mano affretto il secondamento, il Prof. Porro dispone l'ansa metallica per la strettura cervico-uterina; l'ansa riesce sottostante ad entrambi gli ovidotti, mentre prende appoggio sul tessuto ovarico d'ambo i lati. Amputazione uterina a circa 3.5 cm. sopra il cingolo di costrizione; il moncone, raggruppato con alcuni punti di sutura, viene poi trafisso con asticina metallica, fissato colle norme solite all'angolo inferiore della ferita addominale, e, dopo la sutura di questa, spolverato con abbondante iodoformio e circondato con striscie di garza iodoformizzata. Sulla medicazione, nella restante parte carbolica, viene collocato il solito coltroncino di migliarola.

Il feto, di sesso maschile, del peso di 3670 gr., lungo 51 cm. (26-25), si mantiene in eccellenti condizioni e viene dopo tre giorni passato fra gli Esposti.

La porzione amputata dell'utero non offre particolarità degne di nota; pesa 720 gr.: il taglio era caduto esattamente sulla linea mediana: il tratto muscolare scoperto di peritoneo, per laminazione della sierosa, era assai scarso (1 1[2 cm. circa in altezza).

Il decorso dell'operata fu regolare ed apiretico nei primi giorni; occorse però in seconda giornata un giro di strettura al serranodo per lieve gemizio di sangue dal moncone. I punti furono tolti in X^a^ giornata; il serranodo in XII^a^, e da quel giorno si cercò affrettare con tosatura a colpi di forbice il distacco, piuttosto lento, però tutt'affatto inodoro, del moncone mummificato. Tale distacco non era completo che verso la XXII^a^ giornata. I disturbi che dalla X^a^ alla XVIII^a^ giornata portarono malessere ed elevazione termica nell'operata fino ad un *maximum* di 39. 2 la sera del XIV giorno, erano evidentemente riferibili ad alterazioni semplici della funzione digerente, forse in parte devoluti alla medicazione iodoformica; sospesa la quale, cessarono presto le gastralgie, l'anoressia, le alternative di stipsi e diarrea, che prima

incomodavano la paziente. Anche un modico grado di cistite presto corretta colle lavature endo-vescicali all' acido borico concorse a molestare in quell'epoca l'ammalata.

La paziente lasciava il letto in XXVI^a giornata e dopo altri 28 giorni veniva congedata in condizioni di salute veramente soddisfacenti.

OSSERVAZIONE VII.

24 Settembre 1889. — Quartipara, osteomalacica, a termine di gravidanza. Operazione Porro a travaglio già inoltrato, feto vivo, decorso apiretico (1).

La paziente, d' anni 29, casalinga, domiciliata in Milano, venne visitata dall' egregio Dott. Nicolini la mattina del giorno 24 settembre dello scorso anno, allorquando il travaglio con doglie non molto frequenti nè intense durava già dalla sera antecedente. Per la persistente vita del feto, per la grave distocia pelvica materna, per la stessa inopportunità di esperire una difficile embriotomia nel povero ambiente, in cui trovavasi la donna, il Dott. Nicolini credette savio partito indirizzare la stessa alla Maternità; e su tale proposito, essendo in tal giorno assente da Milano il chiarissimo Prof. Porro, volle prima con cortese deferenza sentire anche il mio consiglio. Tornammo subito in compagnia presso la paziente e potemmo in breve persuaderla sulla convenienza di un pronto suo ricovero nella Maternità, dove infatti venne accolta alle ore 10. 30 antim. ed inscritta col N. 385.

Lungo tale trasporto i dolori si erano fatti incalzanti ed al primo ingresso della paziente nell' ospizio aveva luogo colla spontanea rottura delle membrane lo scolo di abbondanti acque amniotiche leggermente tinte in meconio. La dilatabilità più che la dilatazione dell'orificio uterino erano a grado completo: mobile sullo stretto superiore e pochissimo accessibile al riscontro vaginale presentavasi l'ovoide podalico completo in S. I. D. A. Il battito persisteva abbastanza regolare, per cui si potè procedere con sufficiente calma ai preparativi per l'esecuzione, concordemente stabilita, del taglio cesareo col metodo Porro.

Dallo scolo delle acque all' inizio dell' operazione (ore 1 pom.) le doglie perdurarono normalmente gagliarde e frequenti, a carattere decisamente espulsivo, senza che seguisse alcun impegno della parte presentata; nè tale impegno per la esistente angustia pelvica sarebbé stato

(1) Osservazione inedita.

possibile, se non in grazia di una eventuale tendenza, che qui mancava, nelle ossa pelviche a quella estensibilità, a quel raddrizzamento, che vennero com' è noto, osservate in soprapparto in taluni casi di osteomalacia, e che toccano il massimo loro grado nel bacino cosidetto *in gomma* (*Gummi Becken*) di Schieck. La pelvi infatti anche in questo caso offriva i caratteri classici della deformazione osteomalacica, per quanto la stenosi non raggiungesse quei gradi estremi, che la fanno dire assoluta. La malattia erasi iniziata a note poco gravi verso la metà della seconda gravidanza, quando la costituzione della paziente trovavasi già alquanto affralita per sofferta febbre tifoide. Tale gravidanza andò a termine e fu seguita, come la prima, da un parto spontaneo, però laborioso. Il feto, vivo, venne, come il primo, allattato dalla madre. Poco tempo dopo la donna diventò incinta per la terza volta ed il parto fu ultimato mediante rivolgimento, pare per esistente presentazione di spalla. Il feto fu estratto vivo, ed il puerperio decorse, come gli antecedenti, affatto regolare. Le maggiori sofferenze, fino ad obbligare la paziente ad una vita quasi continua di letto, attendevano la povera donna alla sua quarta, attuale gravidanza; durante la quale ebbe altresì a notarsi una diminuzione della statura, nonchè un sensibile decadimento nello stato generale di nutrizione. Di quest'ultimo avevasi tra altro una palese espressione nella esistenza di uno stomacace quasi scorbutico.

L'atto operativo da me praticato colla tecnica abituale e colla assistenza dei colleghi Dott. Nicolini, Dott. Bertazzoli e Dott. Besia, decorse facile e spedito, per quanto il taglio della matrice fosse in parte caduto sull'area d'impianto della placenta, estesa in avanti e verso destra. Del feto venne deliberatamente estratta dalla breccia uterina prima la testa che trovavasi verso il fondo, poi il tronco. La perdita di sangue non fu certamente superiore a quella che ha luogo in un parto ordinario. Il peduncolo costretto con ansa metallica e trapassato al disopra della stessa con un'asta di trafissione, venne abbondantemente cosperso con polvere di acido salicilico, tannico e iodoformio a parti eguali.

Il feto, di sesso maschile, estratto leggermente asfitico, venne tosto rianimato; pesava 2800 gr. ed era lungo 51 cm.; venne passato dopo due giorni dalla nascita al Comparto Esposti.

La parte amputata dell'utero non pesava che 690 gr.; la sezione era infatti caduta ad una altezza un po' eccessiva dalla zona di costrizione tantochè il peduncolo era riescito un po' più voluminoso dell'ordinario.

Ciò malgrado, il decorso postoperatorio fu dei più regolari: basti il dire che il *maximum* di temperatura nei 27 giorni, in cui la donna rimase a letto fu per due sole volte il 37.4. La disinfezione del moncone avanti il suo distacco, che fu completo in XIII^{a} giornata, si

ottenne, oltrechè colla cospersione del medesimo colla polvere iodotannico-salicilica, mediante lavatura con soluzione calda di creolina Pearson all'1 per cento. Pure con soluzione di creolina, ma all'1 per mille, venne facilmente corretto un legger grado di catarro vescicale che erasi manifestato in sesta giornata. Ad un mese dall'atto operativo la donna lasciava la Clinica in condizioni di salute sensibilmente migliorate: i dolori ossei erano molto diminuiti; la deambulazione però tuttora alquanto stentata.

Nelle mie operate (1 primipara, 3 secondipare, 1 terzipara, 1 quartipara ed 1 quintipara) la pelvi era viziata in due casi per rachitismo (C. V. in un caso mm. 60, nell'altro mm. 72-74), in quattro per inoltrata e grave osteomalacia, una volta infine era ostruita da grosso fibrosarcoma.

L'atto operativo venne impreso tre volte avanti l'inizio del parto; quattro volte a travaglio più o meno inoltrato. L'incisione dell'utero cadde in quattro casi, per un tratto più o meno esteso, sull'area d'inserzione placentare. Non si credette mai necessario indagare preventivamente la sede della placenta a mezzo della puntura esplorativa di Halbertsma o del criterio anatomico suggerito da Leopold circa l'ubicazione dei legamenti larghi.

La caduta del moncone, quasi sempre affrettata a mezzo di tosature colla forbice, ebbe a verificarsi a distanza alquanto diversa dall'atto operativo; e più precisamente nei sei casi guariti abbiamo: Giorno 16°, 16°, 19°, 18°, 22°, 13°.

La mortalità lorda del 14.2 per 0[0 per la madre può essere ragionevolmente ridotta al 0 per 0[0 se si pensa alle deplorevoli condizioni in cui versava quella paziente, che venne operata a travaglio già inoltrato e gravemente distocico per fibro-sarcoma intropelvico.

I bambini vennero estratti tutti vivi ed in condizioni di conservabilità.

Non molto inferiore a quella da me ottenuta è la percentuale dei successi nella statistica generale dell'operazione Porro nell'Istituto di S. Caterina. Risulta infatti dal seguente specchietto, che pure valutando

i primi due insuccessi avuti dal Prof. Chiara nel biennio 1877-78, la mortalità dei bambini è del 0 per 0[0, quella delle madri del 22.7 0[0.

Operatori	N. dei casi	Esito per la madre		Esito pel bambino	
		guarigione	decesso	vivo	morto
Chiara	5	3	2	5	—
Mangiagalli .	2	2	—	2	—
Negri	1	1	—	1	—
Porro	7	5	2	7	—
Truzzi	7	6	1	7	—
Totale	22	17	5 (22.7 0[0)	22	0 0[0

Mi parve opportuno estendere le ricerche ai risultati ottenuti in questi ultimi anni dagli altri operatori italiani: ma a tale scopo, come già dissi, non potevano bastarmi le statistiche troppo incomplete per l'Italia di Harris e di Rosenträger: basti il dire che la meno insufficiente delle due, quella di Harris, non dà per l'Italia pel quadriennio 1885-1888 che soli 19 casi, portati poi a 25 colle aggiunte fatte dall'A. alla propria statistica nello scorso gennaio. Volli quindi rinnovare le indagini, estendendole in pari tempo a tutto il 1889; ed il risultato non fu infruttuoso, perchè per la cortesia degli operatori connazionali, ai quali volentieri qui esprimo pubbliche grazie, e colla scorta di opportune ricerche bibliografiche, mi fu possibile raccogliere un numero ben maggiore di casi; tantochè, ad esempio, per l'accennato periodo quadriennale 1885-88, il numero dei medesimi ammonta a 43 (quasi il doppio di quello ottenuto da Harris), pure escludendo da questa cifra i casi in cui il peduncolo venne affondato e quelli in cui l'indicazione era rappresentata da una rottura uterina. Questi ultimi, che sono del resto pochissimi, vennero messi in due prospetti separati. È tuttora infatti indecisa la questione se tali casi meritino di essere annoverati tra le vere operazioni Porro. Lo Zweifel, per citare un esempio, per quanto sostenitore convinto dell'affondamento del peduncolo anche nel taglio cesareo demolitore, a pag. 731 della seconda edizione del suo *Trattato di Ostetricia* scrive però chiaramente che l'amputazione utero ovarica

cesárea con affondamento del peduncolo non deve essere chiamata operazione Porro. Delle tre donne operate con tal metodo in Italia in questo ultimo quinquennio, una sola, quella del Frattina, potè guarire, attraversando però nel decorso consecutivo le fasi ed i pericoli dell'eliminazione dall'angolo inferiore della ferita di cenci necrotici appartenenti (?) al peduncolo uterino affondato: le altre due, di Sacchi e di Franzolini, vennero a morte per emorragia, per quell'accidente cioè, contro il quale la originale operazione Porro ci fornisce così sicure garanzie. L'affondamento del peduncolo uterino è tuttora una pratica, che altera di troppo i criterî pronostici ed è di troppo alta importanza chirurgica, per poter essere ascritta tra le semplici modificazioni del metodo Porro: una tale annessione non potrà essere, a mente mia, giustificata se non in quel giorno, che io auguro vicino, in cui la pratica dell' affondamento potrà dare pressapoco le istesse garanzie, che ci dà attualmente il metodo extraperitoneale, contro la sepsi e l'emorragia, contro cioè quei gravi accidenti, che giustificano la demolizione degli organi genitali muliebri e che hanno indotto il Porro alla sua ardita innovazione. Io ho anche recentemente in una laparomiomotomia affondato con felice esito il peduncolo; ma nel campo ostetrico si hanno condizioni eminentemente favorevoli alla fissazione all'esterno, ed assai meno all'affondamento del peduncolo. Quanto poi all' amputazione utero-ovarica in caso di rottura completa uterina con passaggio parziale o totale del feto nella cavità addominale, abbenchè i recenti casi favorevoli di Slawjanski, di Krassowsky, di Fontana abbiano dato un po' di credito a questa modalità di intervento, è però giusto che venga considerata, così come già scrisse il Mangiagalli (1), piuttosto quale un complemento della semplice laparotomia praticata per l'estrazione del feto, che non di una vera operazione cesarea.

Nell'antecedente mio lavoro avevo distinto le osservazioni di operazione Porro in quattro prospetti, a norma che l'atto operativo era stato intrapreso in condizioni favorevoli o sfavorevoli, a norma che era stato seguito da buon esito o da decesso della madre. Questa volta, trattandosi di un numero assai più limitato di casi, ho preferito riunire la statistica italiana in un solo prospetto (*A*), riserbandomi di fare più avanti lo spoglio delle osservazioni a norma della loro fisionomia clinica.

---

(1) Mangiagalli. « Le più recenti modificazioni del taglio cesareo. » *Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria,* 1884, pag. 154.

A) — Prospetto delle operazioni Porro eseguite in Italia dal 1 Ottobre 1884 al 31 Dicembre 1889.

Numero d'Ordine	Data	Operatore e Località	Indicazione della Operazione	Stato della donna avanti l'operazione	Varianti al metodo Porro	Esito per la madre	Esito per il feto	Epicrisi in caso di decesso materno	Osservazioni
1.	1884 23 Ottobre	V. Lesi. Imola.	Viziatura pelvica.	Buono, inizio di travaglio, gravidanza a termine.	Amputate le ovaie, previa legatura.	Guarita	Vivo	—	Dopo 12 ore lieve emorragia dal moncone. Due legature in massa.
2.	1885 13 Gennaio	Chiara. Firenze.	Rachitismo. C. V. 64-68 mm.	Idem.	Costrizione coll'écraseur.	Guarita	Vivo	—	Caduta sollecita (fine della quarta giornata) della testa del moncone.
3.	6 Febbraio	Truzzi. Milano.	Ostruzione pelvica per fibrosarcoma.	Sfavorevole; acque colate da 40 ore.	—	Morta	Vivo	Occlusione intestinale, sepsi.	—
4.	10 Maggio	Calderini. Parma.	Rachitismo. C. V. 55 mm.	Buono; prossima al parto.	Legatura elastica mediante ago di Kaltenbach; apertura trasversa dell'utero per dilacerazione previa piccola incisione.	Guarita	Vivo	—	—
5.	27 Maggio	Mori. Brescia.	Rachitismo. C. V. 70 mm.	Disperato.	—	Morta	Premorto	Shock.	A domicilio ripetuto applicazioni di forcipe e tentativi di craniotomia!
6.	30 Maggio	Lesi. Imola.	Atresia completa della vagina.	Buono, gravidanza a termine, inizio di travaglio.	Amputate le ovaie, previa legatura.	Guarita	Vivo	—	Era stata operata 8 anni prima di dissezione vaginale per dar esito al sangue mestruale.

9.	10 Luglio	Negri. Novara.	Rachitismo. C. V. 35-40 mm.	Discreto, lievo albuminuria, inizio di parto precoce spontaneo.	Incisione dell'utero a lettera Y, costrizione con laccio elastico e di seta.	Guarita	Vivo	—	Temperatura massima una sol volta 38.6.
10.	4 Agosto	Truzzi. Milano.	Osteomalacia, stenosi assoluta.	Discreto, fuori travaglio, prima metà nono mese.	—	Guarita	Vivo	—	—
11.	8 Agosto	Ulietti. Corvico, presso Bergamo.	Ostruzione per tumore fibromatoso.	Buono.	Costrizione elastica.	Guarita	Vivo	—	Operazione praticata a domicilio della paziente. Il fibroma attualmente regredisce.
12.	2 Settemb.	Barsotti. Lucca.	Osteomalacia.	Discreto.	—	Guarita	Vivo	—	—
13.	26 Settemb.	Franzolini. Udine.	Rachitismo. C. V. 66 mm.	Appena discreto; lunghi tentativi di rivolgimento a domicilio.	Metodo Müller.	Morta	Asfitico, non riavuto.	Peritonite.	—
14.		Fibbi. Spoleto.	Fibromiomi uterini.	Sfavorevole, da 4 giorni in soprapparto.	—	Morta	Premorto	Colasso.	—
15.	1886 10 Febbraio	Franzolini. Strassoldo.	Stenosi pelvica. C. V. 65 mm.	Buono.	Metodo Müller.	Guarita	Vivo	—	Operata in pratica privata.
16.	3 Marzo	Scudellari. Verona.	Rachitismo. C. V. cm. 5.	Convalescente di grave polmonite.	Costrizione elastica.	Guarita	Vivo, morì dopo pochi giorni.	—	—
17.	14 Marzo	Porro. Milano.	Rachitismo. C. V. 62 mm.	Molto denutrita, sofferente per disturbi intestinali.	Si avvalorò la costrizione metallica mediante laccio elastico.	Guarita	Vivo	—	—

Numero d'ordine	Data	Operatore e Località	Indicazione della Operazione	Stato della donna avanti l'operazione	Varianti al metodo Porro	Esito per la madre	Esito per il feto	Epicrisi in caso di decesso materno	Osservazioni
18.	20 Marzo	Carrara. Brescia.	Pseudo-osteomalacia C. V. 70 mm.	Discreto; però in trav. da 3 dì.	—	Morta	Vivo	Peritonite.	—
19.	18 Aprile	Fasola. Firenze.	Rachitismo. C. V. 67-70 mm.	In travaglio da 10 ore, a termine, gravissimamente anemica per metrorragia dopo sutura alla Sänger.	Costrizione con écraseur di Chassaignac.	Guarita	Vivo	—	L'amputazione utero-ovarica venne eseguita ad utero già cucito, ma in istato di irrimediabile atonia.
20.	26 Aprile	Mori. Brescia.	Rachitismo.	Sfavorevole, in travaglio da 3 giorni.	—	Morta	Vivo	Peritonite.	—
21.	19 Maggio	Chiara. Firenze.	Rachitismo, stenosi di terzo grado.	Fenomeni sospetti agli apici polmonari.	Ecraseur.	Guarita	Vivo	—	Decorso affatto fisiologico.
22.	7 Giugno	Tibone. Torino.	Osteomalacia, C. D. 65 mm., cotili introflessi.	Discreto.	Costrizione elastica mediante ago di Kaltenback.	Guarita	Vivo	—	Temperatura massima 38.2.
23.	21 Giugno	Chiara. Firenze.	Rachitismo, stenosi di terzo grado.	Buono.	Ecraseur.	Guarita	Vivo	—	Decorso apiretico.
24.	20 Agosto	Tibone. Torino.	Pelvi generalmente ristretta, piatta. C. D. 72 mm.	Discreto.	Costrizione elastica mediante ago di Kaltenback.	Guarita	Vivo		Temper. massima 38°.
25.	26 Agosto	Pugliatti. Messina.	Osteomalacia.	—	—	Guarita	Vivo	—	Il bambino morì dopo 18 giorni.

28.	22 Dicemb.	Nicolini. Milano. Casa di salute.	Atresia del terzo superiore della vagina, ridotto ad un tramite angusto, scavato in seno a tessuto cicatriz.	Buono.	—	Morta	Vivo	Peritonite.	—
29.	1887 10 Marzo	Truzzi. Milano.	Osteomalacia grave.	Favorevole: dilatazione di tre cm., membrane integre.	—	Guarita	Vivo	—	Fugace tumefazione acuta della ghiandola tiroidea nei primi giorni dopo l'operazione.
30.	9 Maggio	Porro. Milano.	Osteomalacia grave.	Discreto: travaglio già iniziato, membrane rotte.	—	Morta	Vivo	Peritonite.	—
31.	25 Maggio	Kirch. Troghi, presso Firenze.	Rachitismo. C. V. 55 mm.	Buono: dilatazione completa: membrane integre.	Costrizione elastica segmentata.	Guarita	Vivo	—	Operata in pratica privata.
32.	26 Maggio	Franzolini. Morsano.	Rachitismo. C. V. 67 mm.	Assai spossata.	Metodo Müller.	Morta	Vivo	Peritonite.	Operata, perchè non trasportabile, in miserabile tugurio.
33.	1 Giugno	Novi. Napoli.	Rachitismo. C. V. 54 mm.	Buono: fuori travaglio, ad acque però precocemente colate.	—	Guarita	Vivo	—	—
34.	17 Ottobre	Carrara. Brescia.	Rachitismo. C. V. 60 mm.	Buono: però emorragia dopo tentativo di sutura alla Sänger.	—	Morta	Vivo	Peritonite.	Tentativo di operazione Sänger; emorragia da inerzia uterina.
35.	8 Novemb.	Carrara. Brescia.	Rachitismo. C. V. 58 mm.	Cattivo; anasarca da grave albuminuria, feto premorto.	—	Morta	Premorto	Peritonite.	—

Numero d'ordine	Data	Operatore e Località	Indicazione della Operazione	Stato della donna avanti l'operazione	Varianti al metodo Porro	Esito per la madre	Esito per il feto	Epicrisi in caso di decesso materno	Osservazioni
36.	**1888** 26 Febbraio	Bona. Biella.	Rachitica. C. V. 65-70 mm.	Buono; fuori travaglio.	Metodo Müller; costrizione segmentata metallica mediante Cintrat. Sutura dell'infundib. già granulante.	Guarita	Vivo	—	In decima giornata avvenne la riapertura della ferita addominale per 8 cm. - facevano capolino anse intestinali. Si rinnova la cucitura sì profonda (7 punti) che superficiale, *suturando anche le pareti dell' infundibolo.*
37.	13 Marzo	Tibone. Torino.	Pseudoosteomalacia. C. D. 68.	Buono: emorragia da inerzia uterina dopo sutura alla Sängor.	Trattamento del peduncolo col cordone elastico mediante ago di Kaltenback. In XIV giornata si applica un costrittore Koeberle per facilitare la caduta del moncone.	Guarita	Vivo	—	Temp. massima 37.4.
38.	30 Luglio	Carrara. Brescia.	Osteomalacia.	Discreto.	Costrizione con cordone di seta.	Guarita	Vivo	—	—
39.	—	Bona Biella.	Osteomalacia C. V. 60-65 mm.: però C. utile 50-56.	Estremamente deperita: in travaglio da alcune ore.	Metodo Müller. Costrizione segmentata con anse metalliche e Cintrat: indi con seta, stante rottura dell'ansa metallica.	Morta	Premorto	Ostruzione intestin. all'ultimo tratto del tenue.	—
40.	23 Luglio	Truzzi. Milano.	Ostoomalacia gravissima.	Discreto: in travaglio da oltre 24 ore.	—	Guarita	Vivo	—	Il moncone non venne medicato col percloruro fenico, od altri cau-

42.	10 Novembre	Barsotti. Lucca.	Osteomalacia.	Discreto.	—	Guarita	Vivo	—	—
43.	16 Novembre	Barsotti. Lucca.	Stenosi pelvica di 3° grado da carie dal lato destro del bacino.	Discreto.	—	Guarita	Vivo	—	La pelvi aveva assunto il tipo ovalare-obliquo; persistevano, all' epoca dell' operazione, seni fistolosi alla metà destra del bacino.
44.	27 Novembre	Truzzi. Milano.	Rachitismo. C. V. 73 mm. (Pelvi universalm. ridotta).	Buono: a travaglio non iniziato.	—	Guarita	Vivo	—	—
45.	1889 17 Gennaio	Giommi. Cesena.	Pelvi univers. irreg. ristretta. C. V. 42 mm. Arti infer. atrofici, paralitici.	Gravid. a termine, doglie incipienti, membrane integre.	—	Guarita	Vivo	—	Temp. massima 38. 2 al secondo giorno.
46.	8 Marzo	Carrara. Brescia.	Osteomalacia.	Sfavorevole; accolta in travaglio a peritonite già incoata.	Strettura con cordone di seta.	Morta	Vivo	Peritonite	—
47.	15 Marzo	Carrara. Brescia.	Rachitismo.	Favorevole.	Idem.	Guarita	Vivo	—	—
48.	31 Marzo	Mangiagalli. Milano.	Cancro uterino.	Febbre in travaglio, che durava da 24 ore; membrane rotte.	Costrizione elastica mediante ago Kaltenback.	Morta	Asfitico non riavuto	Peritonite	Fuoruscita durante l' atto operativo di molte anse intestinali, che furono difficili a ridursi.
49.	13 Giugno	Mangiagalli. Milano.	Atresia delle vie genitali. Carcinoma uterino.	Discreto.	Metodo Müller. Costrizione elastica mediante ago Kaltenback.	Guarita	Vivo, muore poche ore dopo	—	Era stata operata in gravidanza di raschiamento e cauterizzazione con Clor. di Zn. per epitelioma della cervice.

Numero d'Ordine	Data	Operatore e Località	Indicazione della Operazione	Stato della donna avanti l'operazione	Varianti al metodo Porro	Esito per la madre	Esito per il feto	Epicrisi in caso di decesso materno	Osservazioni
50.	20 Giugno	Barsotti. Lucca.	Stenosi pelvica di 2° grado. Incipiente gangrena uter.	Quasi agonizzante.	—	Morta	Già embriotomizzato	Peritonite. Colasso.	Erano stati fatti, per l'impossibilità al rivolgimento, atti embriotomici multipli ed infruttuosi. Avanti l'operazione cesarea erasi già iniziata gangrena dell'utero: l'operaz. Porro venne eseguita in pratica privata.
51.	13 Settembre	Navasquez. Lucca.	Rachitismo.	Buono.	—	Guarita	Vivo	—	—
52.	18 Settembre	Sacchi. Cremona.	Pelvi totalmente, regolarm. ristretta. C. V. 63 mm.	Buono: però venne operata a travaglio già iniziato, ad acque colate.	—	Morta	Vivo	Peritonite	—
53.	24 Settembre	Truzzi. Milano.	Osteomalacia grave.	Donna assai deperita in sopraparto da molte ore, ad acque colate.	—	Guarita	Vivo	—	—
54.	5 Ottobre	Scibelli. Napoli.	Osteomalacia diam. bisisch. 25-30 mm. bacino a lucerna.	Tabe, atassia muscolare e rigidità articolari. A termine di gravidanza.	—	Guarita	Vivo	—	All'XI giorno fu tolto l'ago e l'apparecchio costrittore per insorti fenomeni di opistotono.
55.	14 Ottobre	Giommi. Cesena.	Pelvi infantile, rachitica. C. V. cm. 4.	Gravidanza a termine. Doglie incipienti. Membrane integre.	—	Guarita	Vivo	—	Il taglio uterino cadde sull'inserzione placentare. Temp. massima 37. 4.
56.	13 Novembre	Roncaglia. Modena.	Rachitismo. C. V. 65 mm. Microc. sinistra 50 » destra 59.	Entrò in clinica il giorno 12, in travaglio da un giorno, con membrane rotte. Intrapresa l'operaz. coll'intendimento di praticare una Sänger, si trovò il *contenuto*	Metodo Müller. Irrigazione del cavo peritoneale con soluzione salicilica al 3 0[00].	Morta	Vivo	Shock tardivo	—

N. d'Ordine	Data	Operatore e Località	Indicazione della Operazione	Stato della donna avanti l'operazione	Varianti al metodo Porro	Esito per la madre	Esito per il feto	Epicrisi in caso di decesso materno	Osservazioni
1.	Novembre 1884	Violani Forlì.	Rottura uter. con passaggio del feto nel cavo addomin.	La rottura datava da circa 12 ore.	—	Morta	Premorto	Peritonite	L' operazione venne praticata d'urgenza in clientela privata.
2.	24 Novembre 1888	Fontana. Brescia.	Rottura uterina spontanea per idrocefalia fetale.	La rottura era avvenuta da circa 24 ore.	—	Guarita	Premorto	—	Dall'apertura preternaturale uterina era passato un braccio del bambino, che utilmente aveva funzion. come da tamp. contro l'emorrag.

C) — Prospetto delle amputazioni utero-ovariche cesaree, praticate in Italia dal 1 Ottobre 1884 al 31 Dicembre 1889, con affondamento del peduncolo.

N. d'Ordine	Data	Operatore e Località	Indicazione della Operazione	Stato della donna avanti l'operazione	Varianti al metodo Porro	Esito per la madre	Esito per il feto	Epicrisi in caso di decesso materno	Osservazioni
1.	7 Marzo 1886	Sacchi. Cremona.	Pelvi totalmente regolarm. ristretta C. V. 62 mm.	Lodevole.	Affondamento del peduncolo.	Morta	Vivo	Emorragia dal peduncolo	Morì 10 ore dopo l'operazione.
2.	15 Agosto 1887	Frattina. Pordenone.	Atresia vaginale cicatriziale.	Buono; a travaglio non iniziato.	Metodo Müller, strettura segmentata con catgut e sutura a piani del moncone.	Guarigione	Vivo	—	All'angolo inferiore della ferita addominale si produce un ascesso e si elimina un brandello di tessuto necrotico, che il Frattina giudicò appartenente al peduncolo uterino.
3.	15 Ottobre 1887	Franzolini. Udine.	Rachitismo. C. V. 65 mm.	Buono.	Metodo Müller. Sutura a piani, alla Schroeder, del peduncolo.	Morta	Vivo	Emorragia	Morì in terza giornata.

I 56 casi clinici del prospetto *A*, al quale esclusivamente dedicheremo qualche considerazione, ponno essere così cronologicamente riassunti:

EPOCA	Casi	Guarigioni	Decessi
dal 1° Ottobre al 31 Dicembre 1884	1	1	—
durante l'anno 1885	13	9	4
" " 1886	14	9	5
" " 1887	7	3	4
" " 1888	9	8	1
" " 1889	12	7	5
Totale	56	37	19

Per ciò che riguarda la località, notiamo come Milano per l'enorme suo contingente di viziature da osteomalacia e da rachitismo fornisca la cifra più elevata di casi (12): poi viene Brescia con 9 casi, e con una disgraziata statistica (mortalità del 77, 7 p. 0[0!), che grava sfavorevolmente sul resto della statistica italiana, e che va in parte incolpata alla serie sfortunata di casi clinici, in parte, come mi scrisse l'Egr. Direttore della Maternità, il D. Carrara, alle infelici condizioni di questa. Seguono poi per numero di casi Firenze, Lucca, Torino con brillanti statistiche, che offrono il 0 p. 0[0 di mortalità a Torino ed a Firenze, e complessivamente con Lucca l'esigua cifra del 7.6 p. 0[0.

Le indicazioni all'atto operativo possono essere così riassunte:

vizio pelvico da rachitismo	casi	28
" " osteomalacia . . .	"	14
" " carie della pelvi . .	"	1
" " non specificato . . .	"	6
ostruzione pelvica per tumori . . .	"	3
cancro uterino	"	2
atresia vaginale	"	2

Quanto alle varianti al metodo originale di Porro, mi limiterò a segnalare come in 8 casi siasi ricorso al metodo Müller; in 9 siasi preferito alla costrizione metallica quella elastica, in 3 casi quella

con filo di seta, in 4 quella con écraseur ed infine in altri quattro casi siansi adottati durante o dopo l'operazione molteplici mezzi di costrizione. Accennerò infine come il Calderini abbia aperto l'utero per dilacerazione ed in senso trasversale, l'Inverardi abbia prescelto un taglio a lettera T, il Negri a lettera Y.

Ma veniamo allo spoglio più importante delle osservazioni, alla ricerca cioè della mortalità materna e fetale. Si è detto e si è ripetuto (veggasi, tra altro, il verbale della seduta 8 aprile 1887 della Adunanza in Genova della Società di Ostetricia e Ginecologia) che l'operazione Porro non solo esige molto più tempo e maggiore impegno per la cura consecutiva che non l'operazione Sänger, ma che la mortalità è assai più rilevante, anzi tanto maggiore in questi ultimi tempi, in cui precisamente vanno facendosi più splendidi i risultati dell'operazione rivale; alla curva statistica rapidamente ascendente dei successi dell'operazione Sänger, verrebbe a contrapporsi per l'operazione Porro una curva prima ascendente poi discendente. Ora, per quanto riguarda il trattamento consecutivo, l'esperienza dimostra che il medesimo, anche col governo extraperitoneale del peduncolo, non richiede grandi attenzioni, quando colla scrupolosa antisepsi e colla pratica di cospergere il moncone con polveri assorbenti antisettiche si sappia ottenere una regolare mummificazione del moncone; — ricorderò ancora come la chiusura dell'infundibolo granuleggiante, dopo il distacco necrotico del moncone, possa essere accelerata (col vantaggio anche di ottenere una cicatrice più regolare e più solida) seguendo il processo del raschiamento e della sutura secondaria delle pareti del medesimo; processo che fu proposto con veste di novità ed attuato in Russia dal Sutugin (1) il 3 settembre 1888 in una donna operata col metodo Porro due settimane prima, ma che in realtà anche in Italia era stato già ne'suoi singoli tempi utilmente praticato, ad esempio dal Dott. Bona di Biella nel marzo dello stesso anno, che praticò la sutura dell'infundibolo granuleggiante (2), e dal Dott. Guzzoni, che si limitò al raschiamento del medesimo (3). Quanto poi alla mortalità, si suol

---

(1) Wassily Sutugin. « Die Bedeutung des Porro'schen Kaiserschnittes und wünschenswerthe Verbesserungen desselben. » *Centralb. f. Gynäkologie,* N. 6, 1889, p. 89.

(2) Bona. « Due amputazioni utero-ovariche cesaree alla Porro. Osservatore. » *Gazz. delle Cliniche,* Torino, 1888.

(2) Guzzoni degli Ancarani. « Un'amputazione utero-ovarica cesarea. » *Gazz. degl. Ospitali,* Milano, 1886.

ripetere con una strana insistenza l'errore di confrontare le statistiche di due operazioni, che vennero praticate nella grande maggioranza dei casi con un materiale clinico tutt'affatto disparato.

Nel mentre infatti l'operazione Sänger quasi sempre non potè e non dovette essere praticata se non in casi favorevoli, quando cioè non era esclusa la speranza di potere con buon esito abbandonare nel ventre l'utero cucito, l'operazione Porro invece venne spesse volte adottata come l'*extrema ratio,* in casi in cui la donna versava già nelle più deplorevoli condizioni. In questa stessa statistica di 56 casi del Prospetto *A,* noi ne troviamo 12, nei quali, come risulta dalle seguenti annotazioni, l'operazione Porro dovette essere compiuta in condizioni decisamente deplorevoli.

Caso N. 3 del Prospetto *A* — stato sfavorevole della madre, affetta da voluminoso fibro sarcoma, acque colate da 40 ore, in travaglio da circa un giorno.

Caso N. 5 — condizioni *disperate* (!) tentativi ripetuti di embriotomia.

Caso N. 13 — lunghi conati di rivolgimento a domicilio.

Caso N. 14 — condizioni miserevoli della donna — quattro giorni di soprapparto — feto morto.

Caso N. 20 — tre giorni di travaglio.

Caso N. 25 — *peritonite già incoata* (!) numerosi tentativi di forcipe, condizioni *disperate* (!).

Caso N. 31 — paziente operata in un povero tugurio, perchè non trasportabile.

Caso N. 34 — anasarca da grave albuminuria — feto premorto.

Caso N. 45 — *peritonite già incoata* (!) condizioni sfavorevoli.

Caso N. 47 — donna febbricitante, in travaglio da 24 ore, affetta da esteso cancro uterino.

Caso N. 49 — *donna quasi agonizzante* (!) tentativi insistenti di embriotomia.

Caso N. 55 — contenuto uterino fetidissimo.

Quale colpa può farsi di un insuccesso ad un atto laparotomico intrapreso sotto questi tristissimi auspici? non è forse giustizia, non è forse un elementare dovere di statistica l'escludere dal compito questi casi sfortunati, in cui non si sarebbe potuto attendere miglior esito anche dalla più semplice laparotomia esplorativa?

Orbene, basta togliere questi disgraziatissimi casi perchè l'operazione Porro nel nuovo periodo in cui l'abbiamo studiata, ci offra in Italia la

confortante cifra dell'84.09 p. 0[0 di successi. E la mortalità diverrebbe veramente minima per poco che si volesse essere severi nel lavoro di selezione: oltre infatti i 12 anzidetti casi ne abbiamo altri, in cui le condizioni dell'operanda, senza essere decisamente sfavorevoli, non erano però del tutto propizie all'intervento laparotomico: cito ad esempio i casi N. 18, N. 39, N. 52 del prospetto *A*, in cui la paziente veniva trasportata per l'atto operativo alle Maternità, dopochè a domicilio durava da uno o più giorni, sotto l'assistenza di levatrici di solito affatto incuranti dell'asepsi.

Ma trascuriamo questo, che potrebbero essere giudicate fisime di una troppo indulgente selezione e passiamo ad un utile confronto statistico. Nella casuistica da me pubblicata nel 1884 l'operazione Porro ci dava:

mortalità lorda 53. 53 p. 0[0
" a statistica depurata 36. 36 p. 0[0

e cifre alquanto più elevate per la sola statistica italiana e cioè:

mortalità lorda 53. 96 p. 0[0
" in casi favorevoli 42. 5 p. 0[0.

Invece in questo successivo periodo fino al 31 dicembre 1889 la mortalità lorda si mantiene bensì tuttora piuttosto elevata (33.9 p. 0[0); ma quella che spetta ai soli casi operati in condizioni favorevoli od almeno discrete, è appena del 15.9 p. 0[0: un procento quindi di mortalità così basso, che ci persuade ancora una volta come l'operazione Porro, quando sia convenientemente eseguita, in condizioni che appena si prestino al successo, possa dare risultati pari se non superiori a quelli dell'operazione rivale. Che se a Dresda, a Lipsia la mortalità per quest'ultima è ancora inferiore, non mancano per l'operazione Porro le serie parziali di costanti successi in alcune Cliniche, per opera di taluni operatori, fino ad aversi per parte di alcuni dei medesimi, come il Breisky ed il Riedinger il 0 p. 0[0 di mortalità anche su un numero considerevole di casi. Quanto ai bambini abbiamo nella nostra statistica i seguenti risultati:

vivi . . . . . N. 47
morti dopo poche ore " 2
asfitici non riavuti . " 2
premorti . . . . . " 5 (4 dei quali appartengono alla serie dei 12 casi eliminati nella selezione statistica).

Questa discesa della curva della mortalità nell' operazione Porro costituisce un fatto tanto più importante inquantochè ormai l'accusa più grave a tale procedimento operatorio si riduce appunto alla supposta gravezza del medesimo, ai pretesi pericoli che l' accompagnano, alla elevata cifra percentuale d'insuccessi che gli vengono attribuiti.

La sterilità, che consegue all'atto operativo, quando si tratti di donne gravemente rachitiche od osteomalaciche, quando non vi sia legittima speranza di un *reale* buon esito col parto prematuro artificiale in gravidanze successive, non può più rappresentare alla nostra mente (in oggi in cui si usa e si abusa della castrazione) quel grave demerito dell' operazione Porro, al quale da taluni si voleva ammettere in passato una grande importanza. Ne sia prova il fatto che nella stessa esecuzione del taglio cesareo conservatore non pochi operatori, come il Kower, il Lungren, lo Zweifel, il Morisani ed il Falaschi, non esitarono a seguire la pratica proposta dal Blundell e da Simon Thomas di Leyden, aggiunsero cioè alla sutura dell'utero la legatura delle trombe faloppiane, allo scopo appunto di sterilizzare la donna, provvedendo per tal guisa alla sola conservazione anatomica dell'apparato genitale muliebre, non all'integrità fisiologica del medesimo. Così dicasi anche della proposta del Freundenberg di Cöln (1), il quale, a prevenire i pericoli nelle operate alla Sänger di una infezione settica per parte dell'endometrio durante il lento completarsi del distacco della decidua, consiglia la quasi completa distruzione dell' endometrio con profondo raschiamento e successiva cauterizzazione endouterina; pratica questa, che provvederebbe certamente, in casi di esistente infezione dell'endometrio, all'annientamento dei materiali settici meglio di quanto si possa ottenere colla semplice disinfezione endouterina con soluzioni antisettiche anche concentrate, ma che con altrettanta certezza non mancherebbe di rendere sterile l'operata.

Che più? Alle stesse modificazioni post-operatorie, che si avverano nell' utero dopo la sutura col metodo Sänger originale o modificato, è riconosciuta da molti, dallo stesso Leopold, tanto benemerito dei progressi del taglio cesareo rinnovato, una influenza decisamente sfavorevole alla possibilità di nuovi concepimenti nelle donne operate; cosichè il ripetersi

---

(1) « Casuistische und Kritische Beiträge zur Kaiserschuittsfrage » *Arch. f. Gynäk.* 1886. Bd. XXVIII. Hft. 2.

di nuove gravidanze e con esse della indicazione di parti prematuri provocati oppure di ripetute operazioni cesaree nell'istessa donna, costituisce finora un avvenimento niente affatto comune, anzi assolutamente eccezionale. Ecco infatti come si esprimeva in proposito nello scorso anno una incontestata autorità in cose ostetriche, il Prof. Fehling al capitolo *Statistik der conservativen Kaiserschnitt* del *Manuale di Ostetricia* pubblicato dal Müller (1). « Delle 22 donne operate da Leopold, soltanto due sono rimaste nuovamente incinte nel corso di 3-4 anni dopo l'operazione. Ciò è forse colpa delle suture con filo d'argento, che venne tanto trovato nel cavo addominale concresciuto col peritoneo, come anche sporgente verso la cavità uterina.... Abbastanza frequentemente vennero rilevate più tardi aderenze dell' utero, alla parete addominale anteriore con elevazione in totalità della matrice, il che sembra rendere difficile un ulteriore concepimento. »

Riguardo poi alla ostinata costanza onde si producono queste estese aderenze dell'utero suturato alla parete addominale anteriore, colla conseguenza di una elevazione in totalità del viscere e di una mancata riduzione del medesimo, meritano di essere estesamente riferite le ricerche e le osservazioni, che vennero più tardi pubblicate da Hertzsch (2). Il materiale di studio è rappresentato da sette casi di taglio cesareo conservato, operati con successo nella Clinica di Lipsia diretta dallo Zweifel; di questi uno è particolarmente interessante per essere l'operazione cesarea stata praticata per la seconda volta nell'istessa donna. Sarebbe desso, a parere di Hertzsch, il quarto caso di questo genere, che figuri nella letteratura moderna. A dir vero altre due donne delle 20 guarite dopo taglio cesareo conservatore nella Clinica di Lipsia rimasero nuovamente incinte, ma le stesse furono operate di parto prematuro artificiale. Comunque, il rapporto dei casi in cui tenne dietro a non molta distanza dall'operazione Sänger una nuova gestazione, resta pur sempre bassissimo e cioè appena del 15 p. 100.

Una delle precipue ragioni di questa manchevole attitudine al concepimento andrebbe appunto cercata, come già venne più sopra accen-

---

(1) Müller. « Handbuch der Geburtshülfe. » Bd. III. p. 202-203, 1889.

(2) Hertzsch. « Sieben weitere Beiträge zur Lehre vom conservativen Kaiserschnitte. » *Arch. f. Gynäk.* Bd. XXXVII, Hft. I, p. 67.

nato, nella quasi costante produzione di estese aderenze utero parietali. La loro esistenza venne diagnosticata nelle operate, specialmente a mezzo del cateterismo uterino, e l'Hertzsch cita anzi un caso, in cui potè colla sonda stabilire con sicurezza l' esistenza di aderenze, che erano state prima negate da altro collega specialista, appunto perchè questi si era limitato all'esplorazione digito-vaginale. L'A. contesta l'opinione, da molti adottata, che tali aderenze utero-parietali col tempo sieno destinate ad allentarsi ed anche a sciogliersi, cosichè dopo circa un anno l'utero resti libero; le medesime invece persistono ed oltre ad un eventuale ritardo di nuovi concepimenti, sono causa di pericoli e sofferenze, quando eventualmente si verifichi una nuova gravidanza. Diffatti è facile che l'antiversione forzata uterina, l'accollamento del viscere alla linea di sutura addominale producano in massimo grado l'ernia della cicatrice addominale ed il ventre propendulo, tantochè l'A. afferma che nel caso da lui osservato il fondo uterino giaceva letteralmente fra le coscie materne. Nell' istesso caso alla riapertura del ventre per la seconda operazione cesarea si trovarono tali e così estese aderenze dell'utero con l'intestino, coll'omento, col peritoneo-parietale, che un'ansa intestinale fu inavvertitamente ferita, per fortuna senza apertura del lume intestinale.

Tali aderenze non potevano considerarsi come un salutare avvenimento se non a' quei tempi, in cui l'operazione cesarea veniva praticata senza cautele antisettiche e senza regolare sutura uterina. Allora infatti un isolamento del campo operativo per opera di estese aderenze della restante cavità peritoneale diminuiva la possibilità di un' infezione della stessa, e, come dimostra chiaramente la statistica di Lungren (1), rendeva migliore il pronostico di un'operazione cesarea ripetuta su l'istessa donna in confronto a quelle praticate per la prima volta.

Di fronte agli inconvenienti causati da tali aderenze, venne studiato nella Clinica di Lipsia il modo di poterle evitare; ma i risultati, convien subito dirlo, non furono finora concludenti: meritano ad ogni modo di essere brevemente ricordati.

I tentativi fatti su questo indirizzo riguardano:

la scelta del materiale di sutura
la sede del taglio uterino

---

(1) LUNGREN. *American Journal of Obstetrics*. 1881.

il modo di sutura del peritoneo parietale
la difesa per mezzo di sostanze isolanti della linea di sutura uterina dal contatto del peritoneo parietale o di anse intestinali.

Il filo d' argento venne giudicato il più dannoso, come capace di provocare per meccanica irritazione le più estese aderenze: il catgut, massime quello all' olio di ginepro, che l' Hertzsch giudica migliore di quello all'acido cromico, che gode invece le simpatie del Leopold, parve il più adatto, ma non al punto da escludere la possibilità di aderenze, alla cui produzione basterebbe quel po' di sangue, che geme necessariamente dai punti di sutura, qualunque sia il materiale preferito per la medesima. Nè le aderenze mancarono, sia incidendo l'utero all'indietro e verso il suo fondo, oppure assai in basso verso lo sfondato vescico-uterino. Si aggiunga che l'incisione elevata dell'utero si dimostrò inopportuna, anche per le difficoltà all'estrazione del feto ed alla disinfezione endouterina, nonchè per la disuguale disposizione dei fili da sutura, che, avvicinatissimi verso la superficie interna uterina, trovavansi invece troppo lontani verso la sierosa: infine anche per il pericolo di più facili aderenze coll'intestino e massime col crasso, aderenze capaci, colla riduzione involutiva e colla conseguente discesa dell'utero, di dar luogo più tardi a flessioni del tubo intestinale e ad ileo. L' incisione alla parte bassa dell' utero, oltre non evitare la formazione di aderenze, era pericolosa per la vicinanza della vescica e per le facili formazioni di ematomi periuterini nel connettivo sottosieroso, che è qui piuttosto lasso.

Le prove per isolare la ferita uterina vennero fatte con pennellature sulla medesima, sia con collodion iodoformizzato, sia con preparato speciale molto malleabile, confezionato nella farmacia Paulssen di Lipsia: venne anche tentato di ricoprire la ferita uterina, mediante sottile membrana animale (vescichetta natatoria dei pesci), fissata con punti di sutura. Ma a dispetto della interposizione di tali sottili diaframmi, l' aderenza utero-parietale ebbe pur sempre a verificarsi, così da ingenerare la convinzione che per la produzione della stessa non fosse necessario, come si credeva, il concorso delle due superfici peritoneali lese di continuità, l'uterina e la parietale, bensì potesse bastare la trasudazione plastica di una sola delle medesime, che allora viene ad aderire alla superficie sottostante, sia pure questa rappresentata da una lamina di sostanza inerte, inorganica e morta.

Anche la speciale modalità di riunione delle pareti addominali, praticata in guisa che prima venisse cucito a parte il peritoneo parietale, poi fossero affrontate per sutura extraperitoneale le pareti addominali, non valse in alcun modo a scongiurare la produzione di aderenze utero parietali, le quali nei due casi in cui venne ciò esperito si dimostrarono altrettanto estese quanto nei casi di ordinaria sutura a tutto spessore delle pareti addominali.

Forse, ciò che non trovai accennato nella interessante pubblicazione di Hertzsch, si potrebbe utilmente combinare alla pratica di rivestire la linea di sintesi uterina mediante uno straterello di collodion o di altra sostanza inerte, l'accurata interposizione del grande omento tra utero e parete addominale, perchè allora le due superfici, l'omentale affatto integra, l'uterina ricoperta da sostanza inattiva non dovrebbero avere tendenza al mutuo coalito.

Alle osservazioni clinico sperimentali di Hertzsch e di Zweifel il Sänger nel recente citato suo lavoro (1) risponde affermando che la probabilità di estese aderenze può di molto limitarsi quando si abbia cura: 1.° di evitare l'irritazione delle superficie peritoneali rinunciando agli antisettici chimici ed attenendosi alle pratiche della semplice asepsi, 2.° cercando di nascondere i nodi più grossi dei punti di sutura profonda, utilizzando a questo scopo i vantaggi della sutura siero-sierosa, che dovrebbe a sua volta essere praticata con filo di seta molto esile, con aghi assai sottili, e colla cautela di tagliare i capi del filo a tutta vicinanza del nodo, 3.° curando anche molto la sutura simperitoneale parietale, così da togliere ogni ragione di stimolo contro la superficie sierosa dell'utero suturato. Confessa però il Sänger che questo problema delle perniciose aderenze utero-parietali non è ancora punto risolto.

Mi parve utile riferire un po' estesamente gli studii su questo argomento allo scopo di dimostrare, senza alcun spirito partigiano, come il taglio cesareo conservatore sia ancora ben lontano da quell'ideale, che si è proposto almeno in casi di modica viziatura, di rispettare non solo l'integrità anatomica, ma anche quella fisiologica dell'apparato genitale: finora i postumi di tale operazione sono di una così sfavorevole importanza, che il loro effetto ultimo viene quasi ad eguagliare quello che

---

(1) SANGER. « Kaiserschnittfragen. » *Centralb. f. Gynäk.*, N. 13, 1890, p. 226.

deliberatamente si vuole ottenere sia coll'amputazione utero-ovarica, sia colla legatura o colla sezione delle trombe come complemento alla sutura uterina. Per queste ragioni non mi sembrano per ora giustificate le idee molto ottimiste, che figurano in un recentissimo lavoro di Franz Torggler di Innsbruck (1) circa la prognosi di nuove gravidanze dopo un taglio cesareo conservativo. L'A., contrariamente alle opinioni che si hanno su questo argomento, viene a concludere che la fertilità femminile non sembra in modo speciale minorata in seguito a taglio cesareo conservatore; per di più il Torggler ammetterebbe essere la sutura a filo d'argento la meno dannosa sia nella produzione delle aderenze, sia nella diminuzione dell'energia procreatrice.

Io non intendo disconoscere i brillanti successi riportati in questi ultimi anni dal taglio cesareo conservatore: i dubbi, da me e da altri espressi circa le garanzie che può darci una sutura anche perfezionata in un organo, come l'utero, che dopo il parto può subire alternative di contrazioni e di rilasciamenti, e la cui parete muscolare deve presto o tardi cadere in preda a processi di acuta regressione, non trovarono conferma nei fatti, i quali, è forza ammetterlo, non potevano dare miglior patrocinio alle proposte del distintissimo clinico di Lipsia. Dirò anzi che mai come al presente è meglio dimostrata la sicurezza, la attendibilità chirurgica, dirò così, del processo dell'affondamento dell'utero puerperale suturato, dopochè si vide mantenersi costante il buon esito dell'operazione cesarea rinnovata a malgrado che venisse continuamente variata la tecnica operativa, a malgrado che gli operatori venissero volta a volta rinunciando a molte delle primitive proposte di Sänger. Si vide infatti essere presto abbandonata o ridotta a minime proporzioni da tutti gli operatori, dallo stesso Sänger la resezione sottoperitoneale del miometrio: al drenaggio primitivo utero-vaginale, molto raccomandato sul principio dal Sänger, venne presto fatta un'assoluta rinuncia — la costrizione temporaria elastica del cono cervico-uterino, destinata a permettere un paziente e calmo lavoro di sutura venne fatta colpa di dar luogo in taluni casi ad una ostinata e pericolosa atonia uterina consecutiva. — Nè ciò basta: prescindendo dalle curiose alternative di favore e di sfavore,

---

(2) Franz Torggler. « Zmr Prognose neuerlicher Schwangersohaft nach conservativem Kaiserschnitte. » Wienner Klinik, 1890. *Januarheft e Centralb. f. Gynäk.*, N. 6, 1890, p. 101.

che vennero avvicendandosi per i diversi materiali di sutura uterina, prescindendo anche dalle svariatissime modificazioni che vennero suggerite intorno al modo di cucire gli strati dell'utero, noi vediamo in oggi messi in discussione, se non decisamente combattuti, persino alcuni dei più importanti dogmi della tecnica operativa alla Sänger, che si sarebbero creduti sul principio affatto incensurabili come, ad esempio, la necessità di una speciale sutura siero-sierosa, che ha trovato critici severi nella stessa Germania, l'utilità di un affrontamento dei margini peritoneali *per superficie* anzichè in modo lineare, e la stessa convenienza della esclusione della decidua nel passaggio dei punti da sutura.

Ora, se a malgrado di queste e di altre notevoli disparità di opinioni, di proposte, di modificazioni della tecnica operativa, il taglio cesareo conservatore ha dato nel volger di pochi anni una brillante serie di risultati, ciò, ripeto, non può parlare che a tutto favore di tale procedimento operativo e giustifica la speranza che i successi possano farsi anche più costanti, quando, trascorso il periodo delle prove e delle innovazioni, vengano definitivamente concretate le modalità della tecnica operativa.

Ma questi stessi trionfi del taglio cesareo rinnovato non devono nè farci dimenticare le preferenze che in alcuni casi si meritano il parto prematuro, la versione, il forcipe, la craniotomia e la sinfisiotomia, nè tanto meno ci autorizzano nei confronti coll' operazione Porro a deprimere il valore di questa per ingigantire artificiosamente l' importanza di quello.

Coll'estendersi e col raffinarsi delle pratiche antisettiche in questi ultimi anni l'operazione Porro, almeno per quanto ci risulta indubbiamente dalla statistica italiana, ha dato, come vedemmo, così eccellenti risultati, da emulare con vantaggio quelli dell'operazione rivale; d'altra parte resta per l'operazione Porro il vantaggio di una semplicità, di una facilità di esecuzione, che difficilmente potranno essere anche in avvenire raggiunte dall'operazione di Sänger: finalmente — ciò che più importa — per l'operazione Porro restano e resteranno numerose, importanti, speciali indicazioni, per cui i due metodi, il demolitore ed il conservatore, hanno ormai diritto di incedere alla pari senza che dai sostenitori dell' uno venga gridato all' inferiorità dell' altro. Già in Inghilterra, in Francia, in Isvizzera, e persino in Austria ed in Germania è sorta più di una voce autorevole a protestare contro l' abuso che si commette del taglio cesareo conservatore per una esagerata fiducia nella

prognosi del medesimo, per una malintesa tenerezza per gli interessi del feto a scapito di quelli della madre. I lavori statistici, specialmente di Wyder (1), di Leopold (2), di Braun v. Fernwald (3), figurano come preziosissime raccolte di documenti clinici, la cui spassionata interpretazione potrà valere a porre argine alla smodata applicazione del taglio cesareo conservatore ed a tutelare fin dove è possibile la salute della madre, di cui taluni in oggi dimenticano il valore sociale incomparabilmente superiore a quello del feto. Così — limitata nei gradi leggieri delle pelviche stenosi dalla preferenza di altri meno gravi compensi ostetrici — ridotta nelle sue indicazioni dalla concorrenza dell'operazione Porro in casi di angustia pelvica considerevole, e specialmente in casi di osteomalacia — l'operazione Sänger, se non diventerà, come affermava il Breisky nel 1884 al Congresso di Copenaghen, il metodo di eccezione nell' operazione cesarea, sarà per lo meno ridotto a più giusti confini, mentre in oggi da taluni ostetrici si vorrebbe considerare come la spada che taglia e non scioglie il nodo gordiano delle più modeste difficoltà ostetriche.

Ho accennato ad indicazioni *speciali* dell'operazione del Porro; ed invero, oltre a quelle rappresentate da casi, in cui per preveduto ostacolo al deflusso lochiale l' operazione Sänger trovasi decisamente controindicata, oltre alle altre indicazioni che possono volta a volta scaturire dalla esistenza e dalla particolare sede di tumori uterini o periuterini (4) dalla insorgenza di grave emorragia uterina durante l' atto operativo, dalla stessa gravezza della stenosi, massime in donna, come spesso avviene, gracile e deperita, due ve ne hanno, la cui importanza è andata man mano in questi anni ingigantendo, e sulle quali credo utile spendere qualche parola: alludo alle indicazioni fornite dalla osteomalacia e dalla limitata infezione settica uterina.

---

(1) Wyder. « Perforation, Künstliche Frühgeburt u. Sectio caesarea in ihrer Stellung zur Therapie bei engen Becken. » Arch. f. Gin. XXXII, Hft. 1.

(2) Leopold. « Der Kaiserschnitt u. seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Vendung u. Perforation bei engem Becken. » Stuttgart, 1887.

(3) Braun v. Fernwald, E. u. Herzfeld. « Der Kaiserschnitt u. seine Stellung zur kunstlichen Frühgeburt, Vendung, atypischer Zangeoperation, Kraniotomie u. zu den spontanen Geburten bei engem Becken. » Vienna, 1888.

(4) Veggasi a questo proposito anche la pregevole dissertazione del Dott. Ernesto Pestalozza « Fibromi d'utero e gravidanza. » Pavia, 1890, p. 121-131.

Già lo Späth nel 1877, e il Fochier di Lione nel 1879 ebbero occasione di riconoscere il notevole miglioramento che nelle loro operate osteomalaciche era seguito all'amputazione utero-ovarica e ne indussero che tale intervento in casi di osteomalacia puerperale potesse considerarsi come efficace mezzo curativo; spetta però indiscutibilmente al Fehling il merito di avere messo in giusta evidenza il valore di questa pratica e di avere dimostrato come i vantaggi che conseguono all' amputazione utero-ovarica in casi di osteomalacia sieno sopratutto da ascriversi alla rimozione delle ovaie. L' A. in una sua comunicazione al 2° Congresso della Società Ginecologica tedesca in Halle (1888) pose la questione nei seguenti termini: citò da una parte dodici casi di successo operatorio in seguito ad operazione cesarea in donne osteomalaciche, dimostrando come in due soli di questi casi (osservazioni di Winckel e di Reuss) si fosse notata una guarigione dell'osteomalacia; in contrapposto a così scarsi risultati il Fehling potè raccogliere dalla letteratura 24 casi di osteomalaciche operate col metodo Porro e guarite non solo dell' atto operativo ma anche della malattia scheletrica, che le travagliava; i dolori caratteristici della medesima, in alcune operate più presto in altre più tardi, si erano dissipati in media dopo 1[4 di anno. L' amputazione utero-ovarica cesarea, come l'A. potè meglio convincersi in quattro suoi casi tenuti in osservazione per 7 anni, era dunque a ritenersi assai più utile alla donna osteomalacica, di quanto potesse essere il taglio cesareo conservatore.

Restava però a risolversi la questione se il vantaggio terapeutico avuto contro l'osteomalacia fosse da ascriversi semplicemente alla tolta possibilità di nuove gravidanze e dei danni inerenti alle medesime, od invece alla stessa amputazione utero-ovarica, ed in tal caso se alla demolizione dell' utero, od alla concomitante castrazione o ad entrambi questi fatti chirurgici.

Il Fehling ricorse senz' altro alla sola castrazione di donne osteomalaciche e fuori gravidanza. Nel *gennaio 1887* a Stuttgart, poi il *7 luglio 1887* ed il *13 marzo 1888* a Basilea praticava le tre prime castrazioni per osteomalacia e con successo splendido nel primo e nel terzo caso, un po'meno evidente nel secondo. (In due di questi casi l'operatore ebbe a riscontrare una singolare varicosità degli annessi uterini). Un quarto caso venne operato da Fehling il *24 marzo 1889*, pure con buonissimo esito, e riferito al Congresso Ginecologico di Fri-

burgo. Da un recente lavoro di Hoffa (1) si rileva come in seguito il Fehling abbia operato altri tre casi, dei quali uno fu sgraziatamente seguito da decesso; devesi però notare che in esso erasi pur fatta, come già nel caso quarto, la ventrofissazione, alla quale, non alla castrazione, il Fehling dà colpa del decesso per avvenuto strozzamento intestinale. Il *9 luglio 1888* dal Winckel di Monaco il *27 maggio 1888* e l'*11 febbraio 1889* dal Müller di Berna, e l'*8 ottobre 1888* dal nominato D. Alberto Hoffa, docente in chirurgia all' università di Wurtzburg, vennero praticate sempre con sensibilissimo vantaggio per la donna altre quattro castrazioni per osteomalacia; le quali così in un triennio raggiunsero il numero di 11; cifra non insignificante, se si consideri che lo stesso Fehling aveva proposto che non tutti i casi di osteomalacia fossero da curarsi colla castrazione, ma soltanto quelli che avessero dimostrato resistenza alle comuni risorse terapeutiche ed un decorso a fasi progressive. Le idee del Fehling, oltrechè nella già citata pubblicazione di A. Hoffa, trovarono ampio svolgimento in due dissertazioni inaugurali, l'una di Strähl (2), l' altra di Baumann (3). Dell' affermata favorevole influenza della castrazione sull'osteomalacia si cercò dare in qualche modo anche una spiegazione, che però non poteva riescire che incerta per colpa di quella stessa ignoranza, che tuttora si deplora circa la fisiopatologia del processo osteomalacico. Dirò soltanto, come si sia ammessa l' ipotesi che la costrizione nerveo-vasale dei due peduncoli ovarici potesse provocare in via riflessa un certo grado di ischemia nel territorio vascolare delle ossa pelviche, emendandosi per tal guisa non solo quella stasi che si ammette nelle ossa osteomalaciche, ma benanco colla stasi quell' accumulo di acido carbonico che, giusta la ipotesi di Rindfleisch, varrebbe, come l' acido lattico invocato da Marchand, da O. Schmidt, da O. Weber, da Moers e Muck e da altri, alla tumultuaria dissoluzione dei sali calcarei. Il Baumann nella citata sua dissertazione caldeggiando un'idea già sostenuta anche dal Prof. Winckel (4), che l'osteo-

---

(1) Albert Hoffa. « Die Castration bei Osteomalacie. » In: « Beitrage zur Geburtshülfe u. Gynäkologie. » Stuttgart, 1889.

(2) Strahl. « Beiträge zu den Anzeigen der Castration. Inauguraldissertation. » Basel, 1888.

(3) Baumann. « Ueber den Einfluss der Porrooperation u. Castration auf das Wesen der osteomalacie. Inauguraldissertation. » Basel, 1889.

(4) Vinkel. « Klinische Beobachtungen zur Dystokie durch Beckenenge, » 1882.

malacia specialmente pel suo carattere endemico possa ascriversi alle malattie d'infezione, tenta anche una spiegazione nel senso, che il virus mentre trova un terreno favorevole al proprio sviluppo nell' organismo indebolito da molte gravidanze e predilige come un luogo di minor resistenza le ossa pelviche colpite dalla stasi gravidica, si troverebbe in condizioni sfavorevoli allorquando a quei momenti di iperemia attiva o passiva che erano dapprima provocati dalle gravidanze e dalle mestruazioni, venisse a sostituirsi l'ischemia riflessa dalle ossa pelviche, indotta dalla brusca soppressione delle ghiandole sessuali.

La dottrina di Fehling, circa le indicazioni della castrazione in caso di osteomalacia, trovò qualche autorevole oppositore. Zweifel, ad esempio, riferendo alla Società Ostetrica di Lipsia un suo caso di amputazione utero-ovarica cesarea in donna osteomalacica (1), coglie occasione per dichiarare che a suo parere il miglioramento delle operate alla Fehling non va ascritto alla mutilazione in sè stessa dell'apparato sessuale, non al fatto chirurgico della rimozione delle ovaie, bensì semplicemente alla esclusa possibilità di nuovi concepimenti, unitamente alla migliorata alimentazione delle operate durante la loro degenza negli istituti. A parere dello Zweifel, ove l' operazione Porro non si rendesse necessaria per altre ragioni, basterebbe ottenere la sterilizzazione della donna dopo il taglio cesareo conservatore con un mezzo assai più semplice della castrazione, colla legatura cioè degli ovidotti: lo Zweifel invoca appunto l' esperimento clinico su tale indirizzo.

Il Fehling replicò ben tosto allo Zweifel con una breve pubblicazione nel *Centralb. f. Gynäkologie*, febbraio, corrente anno (2). In essa ripete come la castrazione sia stata da lui proposta ed eseguita non per ogni qualsiasi caso di osteomalacia, bensì solo per quelli in cui il processo morboso aveva assunto un carattere più o meno rapidamente progressivo. Nella maggior parte infatti delle donne dall' A. operate di castrazione, l' osteomalacia dopo breve sosta in puerperio erasi fatta sempre più grave, ad onta che da mesi o da anni non fossero sopraggiunte nuove gravidanze. Era bastata in questi casi la castrazione, per-

---

(1) Zweifel. « Ein Fall von Osteomalacie, modificirter Porro Kaiserschnitt, geheit. In: *Centralb. fur Gynäkologie*, N. 2, 1890, p. 25.

(2) Fehling. « Zur frage der Therapie bei Osteomalacie. » *Centralb. f. Gynäck.* N. 5, 1890, p. 73.

chè sopraggiungesse in brevissimo tempo un sensibile miglioramento od anche una guarigione completa. Ne conclude pertanto il Fehling che il benefico effetto risulta dalla rimozione stessa delle ovaie, non già dalla semplice impedita ricomparsa di nuove gravidanze senza le quali la malattia ossea tenderebbe talune volte a farsi sempre più grave.

Nelle molte osteomalaciche operate in S. Caterina col metodo Porro il miglioramento nello stato generale, la diminuzione dei dolori ossei, la più libera estensione dei movimenti attivi, la maggiore tolleranza per quelli passivi, la cessazione dei sudori profusi caratteristici seguirono a così breve distanza dall'atto operativo da indurmi nella ferma convinzione che alla determinazione di un così pronto e favorevole cambiamento di scena non bastino le migliorate condizioni igieniche, non basti l'avvenuta cessazione della gravidanza, ma vi sia qualche fattore in più che vuol essere cercato nelle modificazioni stesse indotte dall'amputazione utero-ovarica e forse in modo speciale dalla sola castrazione. Noi non conosciamo ancora per bene l'intima influenza del sistema nervoso sulla nutrizione ossea: le accennate teorie, secondo le quali l'osteomalacia dipenderebbe dall'azione dissolvente di acidi con produzione abnorme di sali calcari solubili (bicarbonato, fosfato acido di calce) non hanno trovato conferma nel campo sperimentale; tantochè l'Heiss, per citare un esempio, ha potuto in sue ricerche nel laboratorio di Voit amministrare delle quantità enormi di acido lattico agli animali e per un tempo assai lungo, senza notare in essi una apprezzabile diminuzione di sali terrosi. D'altro canto gli studi della moderna istologia hanno rivelato nel tessuto osseo, e più ancora nel midollo e nel periostio, una attività, un'energia di nutrizione, che prima neppure si supponevano; a regolare questo intenso movimento nutritizio l'influenza del sistema nervoso e sopratutto dei nervi vaso-motori non può essere che grandissima. Le osservazioni di Langendorff, di Ritter e tra di noi del Morselli (1), hanno cercato di fissare il nesso patogenetico, che in alcuni alienati epilettici, pellagrosi, ecc., si appalesa tra le lesioni del sistema nervoso ed una secondaria fragilità osteomalacica nelle ossa. Per quanto non sia il caso di confondere, come pare faccia nell'accennato suo lavoro

(1) Morselli. « Sulle fratture delle coste e sopra una particolare osteomalacia degli alienati. » *Rivista sperimentale di psichiatria e di medicina legale*, p. 21 e 131, 1876.

lo Zweifel, l'osteomalacia non puerperale (la senile, la sifilitica, la neurotica, ecc.) colla osteomalacia puerperale, non parmi che debba ripugnare il concetto che le modificazioni indotte nel sistema nervoso da una bilaterale castrazione possano a loro volta provocare importanti modificazioni trofiche nelle ossa del bacino: tanto più quando si pensi che la vera osteomalacia puerperale offre, anche clinicamente, una spiccata predilezione per le ossa pelviche ed è certamente nella sua genesi strettamente vincolata alle condizioni dell' apparato genitale. Si dovesse pure accettare il fatto dell'utilità della castrazione come semplicemente empirico, non sarebbe minor fortuna il possedere un efficace provvedimento contro un processo morboso, che suole resistere alle ordinarie risorse terapeutiche e ben difficilmente può darci le garanzie di una guarigione duratura.

Io volli in questi giorni rivedere le due osteomalaciche domiciliate a Milano e da me operate di amputazione utero-ovarica cesarea (Osservazioni V e VII). Entrambe non avevano più avuto alcun cenno di mestruazione: erano di buon aspetto, potevano camminare senza dolori, senza bisogno di alcun sostegno ed attendere assiduamente alle domestiche occupazioni. Mai alcuna turba nervosa. Avendo entrambe fatto costante uso di adatta ventriera, presentavano una cicatrice abbastanza soda e resistente. Le ossa pelviche, come le altre dello scheletro, erano affatto indolenti alla pressione; persistevano, com' è naturale, le deformazioni, tantochè, ad esempio, l'arcata pubica trovavasi in entrambe ridotta ad una rima angustissima, che non lasciava quasi passaggio al dito esploratore.

Per le altre due mie operate osteomalaciche chiesi notizia per lettera ai medici condotti del loro paese, gli egregi colleghi Dott. Carlo Cima di Vimercate e Dott. Losio Scipione di Villa S. Fiorano. Da entrambi ebbi notizie soddisfacentissime sullo stato delle due operate, come risulta dalle lettere, che qui in nota trascrivo nella parte che c'interessa (1).

---

(1) « . . . . La paziente sta in piedi tutto il giorno attendendo alle sue funzioni, a differenza di quello che avveniva prima del parto, avendo allora passato il tempo in letto o seduta in stalla. L'esplorazione però dimostrò le tuberosità ischiatriche più avvicinate tra loro, da non passarvi neppure la punta del dito. Di coito non se ne parla. Lo sventramento esiste, e proprio a livello della cicatrice (la donna non ha mai voluto portare la ventriera). Nessuna mestruazione. La paziente assicura di non aver sofferto da allora alcun incomodo, fuori di una espulsione cutanea al petto ed alle braccia, che la trat-

Un'altra serie importante di indicazioni per l'operazione Porro si avrebbe nei casi di incoata sepsi dell'utero, tanto in soprapparto, che in puerperio. In travaglio di parto l'amputazione utero-ovarica venne praticata per lo più in casi in cui l'operazione cesarea era già richiesta per stenosi pelvica od altra meccanica indicazione: e la preferenza per l'operazione Porro in taluni casi, come in quello del Dott. Roncaglia di Modena, venne decisa lì per lì, a ventre, anzi ad utero già aperto, quando l'operatore, accingendosi al taglio cesareo conservatore, ebbe a riconoscere lo stato di incoata decomposizione del contenuto uterino. Chi pensi alla grande frequenza dei casi, in cui donne più o meno viziate vengono tradotte alle Maternità a travaglio inoltrato, a membrane spesso rotte da qualche tempo, dopo esplorazioni non asettiche a domicilio, chi voglia por mente alla difficoltà nel decidere se l'infezione intra-uterina sia ancora limitata alla caduca ed agli strati più interni del miometrio, che possono essere tolti col raschiamento e sterilizzati con potenti antisettici, od abbia invece già invaso più profondamente i tessuti uterini, che ricordi quelle circostanze, come il cancro uterino che possono fare indicazione di operazione cesarea ed in pari tempo togliere la possibilità della asepsi del viscere, dovrà facilmente persuadersi come l'operazione Porro possa anche su questo campo trovare una larga messe di indicazioni.

Ma l'operazione Porro, se così si vuol chiamare l'amputazione utero-ovarica nella seguente nuova sorta di indicazioni, venne in questi ultimi tempi praticata anche a puerperio più o meno inoltrato, in casi special-

---

tenne in letto tre o quattro giorni. La donna non è ingrassata, ma neppure deperita. L'aspetto è florido, havvi discreto pannicolo adiposo; ha appetito e forza abbastanza da stare in piedi tutto il giorno. *Essa afferma di non essere stata mai così bene, come dopo il parto.*

« *Vimercate, 2 marzo 1890.*

« Dott. Carlo Cima. »

« . . . . La donna attende perfettamente alle proprie occupazioni, e non sente alcun disturbo. Le mestruazioni sono definitivamente sospese, salvo regolari mensili epistassi, le quali se non sono abbondanti lasciano malessere, che dura sino alla nuova epistassi. La cicatrice addominale è rappresentata da una linea bianca, lunga 8 cm. e larga 6 mm.; non appaiono assolutamente sintomi di sfasciamento dei tessuti circostanti. (La paziente portò regolarmente la ventriera per sei mesi, come le fu da V. S. ordinata). Non sopraggiunsero disturbi nervosi di qualsiasi genere.

« *Villa S. Fiorano, 3 marzo 1890.*

« Dott. Losio Scipione. »

mente di avvenuta infezione settica della matrice per ritenzione di placenta o di membrane in via di decomposizione e non altrimenti amovibili. Il primo caso sembra essere stato quello di Schultze (Jena) riferito alla LIX adunanza dei naturalisti e medici in Berlino (Sezione Ginecologica) il 22 settembre 1886. La paziente di 21 anni aveva partorito spontaneamente un feto settimestre, ed era poi stata tradotta alla clinica dopo tentativi a domicilio di estrazione delle secondine. Il collo uterino era così ristretto che anche sotto la profonda narcosi passava a stento un dito nel medesimo: inefficaci riescirono alla dilatazione i bagni caldi e la corrente continua: il fondo uterino per anomalia di formazione era in legger grado bipartito: la placenta in via di putrefazione era adesa alla metà destra del medesimo. Ad onta di irrigazioni endouterine antisettiche si dichiarava un processo gravemente infettivo, a combattere il quale si credette partito più conveniente l'amputazione sopravaginale dell'utero con fissazione all'esterno del peduncolo. L'A. ch'ebbe la fortuna di veder salva la sua operata, preoccupandosi però nella sua proposta del pericolo che l'operazione potesse venire impresa o troppo tardi, quando il caso fosse già disperato, o troppo presto, quando non fossero ancor tolte le speranze di una guarigione senza l'audace tentativo laparotomico, si studiava precisare con rigorose norme le indicazioni all'atto operativo.

Lo Stahl (1) nello scorso anno riferiva un caso congenere, pure seguito da guarigione, che qui brevemente riassumo: primipara — 35 anni — gravidanza a termine, complicata da fibromi multipli uterini — parto spontaneo il 12 marzo 1889; secondamento incompleto con ritenzione di quasi tutte le membrane, delle quali non si riesce ad ottenere l'estrazione. In quarta giornata la lochiazione si fa molto odorosa e la temperatura persiste, come nei giorni antecedenti, modicamente febbrile; lavature endouterine al sublimato, poi con creolina, più tardi con acetato di allumina. In settima giornata brivido intenso; il giorno dopo esplorazione digitale del cavo uterino sotto cloronarcosi; si avverte in tale esame che il medesimo è assai deformato per la sporgenza che fanno verso l'interno alcune delle masse fibrose; nelle insenature fra

---

(1) Carl Stahl. « Beitrag zur supravaginalen Amputation des puerperalen septischen Uterus. » In: « Beitrage zur Geburtshülfe u. Gynäkologie. » Stuttgart, 1889, p. 31.

le medesime persistono aderenti lembi di membrane. Si mette perciò a prova il raschiamento digitale e colla curette, dominando l'emorragia che ne consegue mediante tamponamento con garza al iodoformio. Nei giorni successivi nessun miglioramento — febbre elevata (40-40.2) — lochiazione fetente, marciosa; l'addome però si mantiene indolente alla pressione. In dodicesima giornata, oltre una tumefazione dolorosa all'arto inferiore sinistro, si verifica uno stato di rammollimento di una delle masse fibrose; forze decadute — defecazione incosciente. Il giorno dopo si accentua sempre più l'accennato rammollimento del fibroma; per cui si decide la laparotomia che viene eseguita il 25 marzo in una clinica privata, dove era stata tradotta la puerpera. L'utero, che per la sua mala involuzione e per l'esistenza dei fibromi arriva tuttora all' altezza del bellico, viene sgusciato integro dalla ferita addominale ed amputato: il moncone è fissato allà Hegar all'angolo inferiore della ferita. Unico accidente durante l' operazione una forte emorragia per rilasciamento del laccio elastico destinato alla costrizione temporaria. Nel corpo uterino amputato si riconosce la presenza di grosse masse fibromatose in preda a rammollimento e solcate da vasi sanguigni trombizzati. Il decorso consecutivo fu alquanto burrascoso anche per causa di un notevole ritardo al distacco del moncone (4 settimane), devoluto a costrizione elastica alquanto insufficiente; la paziente però guarisce e viene congedata il 29 maggio, circa due mesi dopo l'atto operativo.

Lo Stahl fa cenno nella sua pubblicazione di un successivo caso operato da Sippel, che ebbe però esito sfavorevole, stantechè la laparotomia venne impresa a condizioni materne già troppo compromesse (1).

È facile comprendere che, se venisse su larga scala accettata questa indicazione, e l'amputazione di utero settico in puerperio fosse annoverata tra le operazioni Porro, si renderebbe ancor più doverosa una selezione nei computi statistici, sui quali non mancherebbe di pesare molto sfavorevolmente questa serie di casi operati ad infezione già incoata. Questa nuova categoria di indicazioni viene a dare ulteriore conferma ai concetti,

---

(1) Altri tre casi congeneri di laparotomia a puerperio più o meno inoltrato trovansi sfuggevolmente ricordati nella già citata Dissertazione di Pestalozza « Fibromi d'utero e gravidanza, » pag. 135. L' indicazione all'intervento venne però in essi specialmente desunta dalla incoata degenerazione di coesistenti fibromi uterini (casi di Hegar, di Freund e di Odebrecht).

che abbiamo già accennato circa il sicuro valore pronostico che spetta all'operazione Porro.Quand'anche dalla nuova somma dei casi di operazione Porro, che abbiamo raccolto per l'Italia, non fosse risultato evidente il pronosticato miglioramento negli esiti di tale operazione, se anche i fatti non venissero a dimostrarci che la medesima può gareggiare vittoriosamente col taglio cesareo conservatore, la logica più elementare dovrebbe pur sempre costringerci a considerare l'operazione Porro come assai più semplice, assai più sicura di quella di Sänger, ed ammettere quindi che la differenza dei risultati trovi ragione in circostanze affatto estrinseche al valore delle due operazioni e troppo sfavorevoli a quella che prende nome dall'ostetrico italiano. Ed invero: se anche nei casi di già incoata infezione dell'apparato genitale noi ricorriamo all'operazione Porro come ad un'ultima ancora di salvezza — anzi, come in un caso di Slawiansky, l'acuta endometrite settica in donna pochissimo viziata (C. V. 80 mm) costituisce la più importante indicazione all'operazione cesarea (1) — se, come nei casi di Fasola (2), di Carrara (3), di Tibone (4), di Freumd u. Bayer (5), di Fritsch (6), l'operazione Porro viene decisa, seduta stante, in sostituzione alla Sänger onde combattere l'altro gravissimo accidente, l'emorragia, se infine i pretesi gravi perturbamenti del sistema nervoso in seguito all'amputazione utero-ovarica, si devono ritenere come un avvenimento dei più eccezionali, purchè nella costrizione del moncone di sappia ottenere « il silenzio assoluto non solo della funzione vasale, ma anche della funzione nervosa » (7), non si può davvero comprendere come, *a parità di condizioni,* l'operazione Porro debba dare una mortalità maggiore che l'operazione di Sänger.

Io non posso a questo proposito che ripetere i concetti, ch'io espressi nel mio antecedente lavoro, e che l'esperienza successiva mi ha riconfermato:

---

(1) « Sitzungsbericht der St. Petersburger Gesellschaft f. Gynäk. u. Geburtshülfe » vom 17 December 1887. — In: *Centrabl. f. Gynäk.*, N. 18, 1888, p. 295.

(2) 18 Aprile 1886.

(3) 17 Ottobre 1887.

(4) 13 Marzo 1888.

(5) 4 Aprile 1886.

(6) *Centralb. f. Gguäk.*, 1889, N. 22.

(7) Inverardi. « Casistica ostetrico-ginecologica. » *Gazzetta delle Cliniche,* 1886, p. 19.

« Apparentemente grave ed imponente, l'operazione Porro è tra le diverse imprese laparotomiche una delle più facili, delle più semplici, delle più spedite: non s'ha a combattere contro estese e tenaci aderenze, il cavo peritoneale vien tenuto aperto per pochi istanti; adottando la modificazione del Müller, od anche, senza questo espediente, con una elementare destrezza operativa, si può impedire la caduta di liquido nel cavo addominale, così da rendere completa e spiccia la toilette del peritoneo; nell'allungamento e nel rammollimento della vagina e del segmento inferiore uterino si trovano condizioni molto propizie al governo extraperitoneale del peduncolo; e, quel che più monta, tutte le lesioni inferte all'apparato genitale vengono esternate e rese suscettibili di trattamento antisettico consecutivo » (1).

Si può aggiungere, in confronto all'operazione Sänger, che i pericoli di un'emorragia durante e dopo l'operazione sono resi incomparabilmente minori e che la eventuale perdita di sangue è sempre facilmente, efficacemente dominata: infine non va dimenticato che quelle stesse preziose proprietà del peritoneo sulle quali fa giusto assegnamento il Sänger per la pronta chiusura della ferita uterina, sono quelle stesse che ci garantiscono altrettanto rapido e favorevole coalito tra il peritoneo parietale e quello del rivestimento del moncone, purchè queste superfici sierose sieno state debitamente affrontate, e l'atto operativo sia stato condotto colle volute cautele di asepsi o di antisepsi.

Ecco pertanto, sotto forma di conclusioni, i principali concetti, che ho cercato svolgere nella presente pubblicazione:

1.° Non è giusto confrontare coi risultati dell'operazione Sänger, che appartiene al periodo 1882-90, quelli dell'operazione Porro di una epoca antecedente, a partire cioè dal 1876. I perfezionamenti nella tecnica laparotomica, la diffusione delle pratiche dell'asepsi e dell'antisepsi, come hanno efficacemente concorso ad assicurare al taglio cesareo conservatore una splendida statistica, hanno pure in questi ultimi anni procurato un notevole miglioramento alla prognosi del metodo demoli-

---

(1) Truzzi. « Sulla operazione Porro, » 1888.

tore. Le due operazioni vanno dunque confrontate per l'istessa serie di anni.

2.° Adottando per l'operazione Porro, praticata molte volte in condizioni poco favorevoli o tutt'affatto disperate, i criteri di una imparziale selezione, si riconosce come, nel mentre nel periodo 1876 al settembre 1884 la mortalità in casi operati sotto buoni od almeno discreti auspici toccava il 36.36 p. 0[0, e per la sola Italia il 42.5 p. 0[0, nel periodo susseguente fino al 31 dicembre 1889, dessa è notevolmente discesa, giungendo appena al 15.9 p. 0[0. In talune cliniche, come quella di Torino, di Milano, di Firenze, di Lucca su un numero relativamente notevole di casi e per merito di operatori diversi il procento dei successi ha in questi ultimi anni raggiunto una cifra tanto elevata, da non dover nulla invidiare agli incontestabili trionfi dell'operazione Sänger presso alcune cliniche tedesche.

3.° Non è quindi giustificata la linea di condotta di taluni clinici, i quali, nell'incertezza della scelta tra le due operazioni rivali, preferiscono l'operazione Sänger per la presunta unica ragione che la stessa offra una mortalità minore dell'operazione Porro. La circostanza, che, *a condizioni del resto pari,* potrà realmente influire sull'esito immediato dei due procedimenti operativi, è l'indole delle indicazioni: è quindi da esse, non da una supposta generica gravezza dell'operazione Porro, che si dovrà prendere criterio nella scelta tra i due procedimenti.

Resoconto di cinque operazioni d'Alexander

FATTO DAL

DOTT. LUIGI CUGIANI

Assistente nell' Ospedale Maggiore di Novara.

In una delle conferenze cliniche tenute a Parigi dal Pajot nel dicembre dell'anno 1884, à la Clinique d'Accouchements, mi ricordo, che discorrendo delle versioni e flessioni uterine, con frase scultoria da aggiungere alle tante, per cui si rese meritamente famoso, ebbe a dire, che quelle al pari delle ernie non erano malattie, ma infermità, nel senso, che suscettibili di una cura palliativa, non potevano essere radicalmente guarite. Fino allora infatti contro le versioni e flessioni uterine quanto di meglio era noto, o, per esser più esatto, s'era sperimentato in Francia, si riduceva all'uso dei pessarii: e questi per il detto autore non avevano maggior efficacia curativa di quella che hanno i cinti per le ernie: colla differenza a favore dei cinti, che essi hanno almeno la virtù in generale di contenere le ernie, mentre pur troppo la stessa cosa non si può dire dei pessarii rispetto ad un utero spostato. Non intendo sicuramente di portare argomenti a sostegno di tale giudizio sui valore dei pessarii. Sarebbe per lo meno superfluo lo spender molte parole per dimostrare cosa, che al giorno d'oggi raccoglie l' universale consenso. La formola sovracitata del Pajot aveva, allorquando fu pronunciata, ogni diritto ad essere considerata, come generalmente conforme alla verità. Ma colla scorta della rigorosa antisepsi, progressi immensi si sono realizzati in breve volger di tempo. Ed oggidì ben possiamo affermare, che nè le ernie nè le deviazioni uterine non sono più infermità: sì bene malattie radicalmente curabili mediante speciali operazioni con molta probabilità di successo.

Nel decorso anno 1889, io ebbi la fortuna di essere addetto come assistente alla Sezione Chirurgica dell' Ospedale Maggiore di Novara diretta dal dott. Francesco Parona. Parecchi casi di ernie di vario genere e strozzate e libere ed irreducibili, qualcuna con caratteri di speciale gravità e per il volume e per le aderenze del contenuto col sacco, e per l'età del paziente furono radicalmente operati con esito felicissimo. Abbastanza numerosi e fortunati furono pure gli atti operativi diretti a correggere degli spostamenti uterini. Fra questi io intendo di rendere noti cinque casi di operazione di Alexander. Avverto subito che non è mio proposito di stabilire dei confronti tra i risultati, che tale operazione può dare, e quelli che si possono ottenere mediante i molteplici atti operativi in questi ultimi tempi consigliati allo stesso scopo. Non ho nè la competenza, nè l'esperienza, nè dispongo del materiale, che per ciò sarebbero necessarii. Pubblicando i cinque casi suaccennati, e prendendo in esame i risultati ottenuti, io mi propongo e spero di poter forse utilmente concorrere a precisare il valore, che all' operazione di Alexander si deve riconoscere nella cura degli spostamenti uterini. Mi sembra tanto più opportuna questa mia nota, in quanto che, se le operazioni di Alexander eseguite all'estero si contano a centinaia, scarso invece è il numero di quelle eseguite o per lo meno pubblicate in Italia. Dalla letteratura medica italiana infatti, che ho potuto avere a mia disposizione, non mi fu dato di rilevare che i seguenti casi: uno del Bompiani di Roma, che vidi accennato nella monografia del dott. Giuseppe Berruti « *Sull' Operazione di Alexander negli spostamenti dell' utero.* » Torino, tip. Roux e C., 1889; un altro dell'Eugenio Casati, di cui diede conto nel suo lavoro « *Una modificazione alla operazione d'Alexander e caso clinico dimostrativo.* » Forlì, tip. Dem. 1887, ed al Congresso dell'Associazione medica italiana, tenuto in Pavia nell'87 (1); uno del Giuseppe Ruggi riferito nella sua pubblicazione « *Sulla cura endoaddominale di alcuni spostamenti uterini.* » Bologna, tip. Gamberini e Parmeggiani, 1888 (2); due casi del Novaro e tre del Berruti, che formano oggetto del lavoro suaccennato di quest' ultimo; e finalmente tre del

---

(1) Vedi Atti del Congresso stesso, pag. 596.

(2) Veramente in questa memoria il Ruggi accenna (pag. 13) di aver eseguite due operazioni di Alexander, ma ne descrive una sola.

Libero Bergesio, che trovo nel *Rendiconto Operativo* da lui ultimamente pubblicato. Torino, tip. Roux e C., 1890. — In tutto undici casi.

Potrà poi avere una certa importanza la conoscenza dei casi operati dal Parona, anche perchè di essi io sono in grado di riferire non solo i risultati prossimi, ma altresì quelli, che per essere accertati con esame fatto ad un'epoca notevolmente remota dal giorno dell'operazione, possono ritenersi come definitivi.

Ad imitazione di quanto ho visto praticato in recenti bellissime monografie, presento i cinque casi sotto forma di quadro statistico; la quale mi sembra la più conveniente, come quella che risparmiando al lettore particolari inutili, lo mette in condizione di rilevare con un colpo d'occhio quanto interessa nell'argomento, e gli facilita la sintesi indispensabile alla formazione del giudizio.

Numero d'ordine	Nome e Cognome Età, Professione, Domicilio	Osservazioni relative alla malattia	Diagnosi	Cura operativa
1.	Francini Maria, anni 30. Contadina. Granozzo.	Pluripara, da più di un anno è molestata da dolori sacrali e sopratutto da frequente bisogno di mingere, e da altri disturbi nervosi d'indole isterica.	Retroversione uterina di alto grado. L'orificio uterino esterno guarda la sinfisi del pube.	Operazione di Alexande
2.	Bessero Antonia, anni 34. Massaia. Domodossola.	Maritata da parecchi anni senza prole. Gravi disturbi alle reni. Allorchè sta a lungo in piedi, il collo uterino fuoresce dalla vulva.	Prolasso uterino di secondo grado (classificazione Schroeder), con retroflessione.	Id.
3.	Iolita Maria, anni 30. Contadina. Agrate-Contorbia.	Maritata da sette anni senza prole. Da 13 mesi soffre di dolori al basso ventre e metrorragie.	Retroversione uterina.	Id.
4.	N. N., anni 33. Benestante. Momo.	Pluripara. — Da cinque anni ha perdite sanguigne continue. Anemia e dimagramento notevole.	Retroversione e retroflessione uterina con prolasso di 1.° grado.	Id.
5.	Rivani Francesca, anni 29. Contadina. Novara.	Dolori lombari gravi. — Nullipara.	Retroversione.	Id. Non si riusc trovare i cord nè da un lato dall'altro.

Decorso	Esito prossimo	Esito remoto	Data		
			Entrata	Operazione	Uscita
nperatura toccò i 38) primi tre giorni. La na lasciò l'Ospedale in no stato di salute.	Guarigione.	L'utero è bene ridotto: ma la donna soffre come prima dell'operazione.	21. 2	27. 2	21. 3
ttico. Ottimo.	Guarigione.	L'utero si mantiene in posizione normale. Dolori alle reni assai diminuiti.	16. 5	19. 5	6. 6
ttico. Ottimo.	Guarigione.	Utero in posiz. normale. — Metroragie scomparse. Leggieri dolori sacrali.	17. 6	15. 7	11. 8
ttico. Al lato destro riune per prima. A sinia, essendo stato omesso drenaggio, si formò una ccolta, che necessitò una rga spaccatura.	Guarigione.	Utero in buona posizione. Scomparse le metroragie. La donna sta bene.	19. 7	1. 8	23. 9
ettico. Riunione delle ite per prima.	Guarì dall'operazione subìta.	—	1. 9	9. 9	30. 9

Il metodo operativo seguito fu quello descritto nel bel libro di Albert Heydenreich, che ha per titolo: « *Thérapeutique Chirurgicale contemporaine.* » Paris, Ed. Steinheil.

Il riconoscere e l'isolare il legamento rotondo in qualche caso riuscì difficile assai. E a questo proposito credo opportuno di insistere su di una eventualità dell'atto operativo, la quale nelle pubblicazioni lette da me non trovai accennata, e che pure mi sembra abbastanza importante, perchè valga la pena di esserne prevenuti. Conviene ricordare una particolarità anatomica, cioè che le fibre del piccolo obliquo e del trasverso, che in alto sono ben distinte per interposizione di tessuto cellulare e per la loro direzione diversa, inferiormente sono confuse sia per la mancanza di quel tessuto cellulare intermedio, sia perchè assumono una identica direzione orizzontale. Vengono così questi due muscoli ad avere un margine inferiore comune, che costituirebbe la parete superiore del canale inguinale. Ma tale margine non è preciso, nettamente delimitato; sì bene le fibre aggruppate in fascetti formano al davanti ed al disopra degli elementi contenuti nel canale delle arcate muscolari cordoniformi, che possono trarre in errore chi opera, se appena si scosti dalla retta strada, facendogli credere di avere sottomano il legamento rotondo. Tale errore avverrà tanto più facilmente, quando il legamento è piccolo e si sparpaglia presto nel suo decorso attraverso al canale inguinale, e però richiede molta attenzione e pazienza per essere riconosciuto e ben isolato.

Non potremo ritenerci ben certi di avere realmente isolato il cordone rotondo, se non quando si sia arrivati alla sua tonaca peritoneale. Questa appare, come una camicia limitata da un orlo ben netto di color bianco madreperlaceo, che spicca sul color roseo del resto del cordone. Essa è costituita dal peritoneo, che dalle pareti addominali si riflette per formare una guaina sierosa al cordone rotondo dopo d'essersi più o meno internato nel canal inguinale. Nella maggior parte dei casi per poter accorciare il cordone di quanto era necessario, si dovette scollarne per qualche centimetro di altezza la detta guaina peritoneale. Ciò riesce facilmente, ma dev'essere fatto con mano delicata a fine di non ledere il peritoneo. Oggidì che sotto l'egida di una accurata antisepsi ci è permesso di compiere con tanta semplicità di decorso laparotomie con maneggi assai complicati ed estesi e prolungati dentro al cavo addominale, non sarebbe certo il caso di desolarsi, se inavvertentemente si

fosse aperto il peritoneo: dovrebbe sempre però ritenersi una riprovevole disattenzione.

La parte di cordone, che appariva esuberante dopo aver ridotto l'utero in posizione normale, non fu suturata col legamento del lato opposto, prolungando l'incisione di un lato fino a quella dell'altro, come consiglia il Casati, e nemmeno aggomitolato e rinchiuso nella ferita, secondo il processo dell'Alexander; ma fu reciso, e l'estremo periferico della porzione conservata si fissò all'anello inguinale esterno mediante alcuni punti di sutura, che attraversavano un pilastro, il detto estremo e poi l'altro pilastro.

In nessun caso, per ben riconoscere ed isolare il legamento rotondo, apparve sufficiente lo spazio offerto dall'orificio inguinale esterno; sì bene sempre si dovette incidere la parete anteriore del canale costituita dall'aponeurosi del grande obliquo; e spesso convenne anche aggiungere qualche piccola incisione sbrigliativa trasversale al decorso delle fibre aponeurotiche. Per ovviare poi al pericolo della facile produzione di un'ernia da alcuni autori temuto, prima di praticare la sutura cutanea, se ne eseguiva sempre un'altra, che con filo animale congiungeva i due pilastri tra loro, non solo là, dov'erano stati artificialmente divisi, ma anche nel tratto corrispondente all'orificio inguinale esterno; in una parola si chiudeva completamente lo sbocco d'uscita del canal inguinale. Così operando, questo canale viene col tempo sostituito da un cordone di tessuto cicatriziale compatto, assai resistente; per cui mi sembra, che la donna in seguito all'operazione d'Alexander sia resa anche più refrattaria alla produzione di un'ernia, che prima non fosse. A conferma di ciò posso riferire, che pochi giorni or sono sezionando il cadavere di un ragazzo di 16 anni morto per tetano traumatico, che nel marzo dell'89 aveva subìto l'operazione per la cura radicale di un'ernia inguinale congenita con escisione del sacco e chiusura completa dell'anello inguinale esterno (dico chiusura completa, perchè per ragioni speciali s'era dovuto esportare anche funicolo e testicolo), potei constatare, che la resistenza alla pressione endoaddominale dal lato operato era notevolmente superiore a quella del lato sano.

Ancora una parola riguardo al decorso, prima di passare all'esame dei risultati. Le dieci ferite determinate dalle cinque operazioni guarirono tutte per prima, tranne una, e precisamente l'unica, per la quale s'era tralasciato il drenaggio. Per ciò non posso convenire in quanto

scrive il Berruti nella sua monografia, cioè che « l'esperienza dimostra che la rigorosa antisepsi previene qualunque accidente infettivo e rende inutile il drenaggio. » Per conto mio, considerando, che l'antisepsi guarentisce bensì da ogni infezione, ma non può impedire, che un vaso il quale prima di chiudere la ferita non dava sangue, si riapra dopo e determini una raccolta, la quale avrà per lo meno l'effetto di impedire la pronta adesione delle parti superficiali colle profonde, ritengo che il drenaggio non è inutile, e che non è prudente l'ometterlo. Tanto più poi, quando nell'atto operativo si è dovuto effettuare un lavoro di scollamento alquanto esteso; per cui resta dopo uno spazio virtuale, che può essere trasformato in vera cavità, qualora avvenga un po' di emorragia. L'introduzione di un corto tubo a drenaggio, di piccolo calibro, lasciato in sito fino alla prima medicazione tanto da dar esito a quel po' di sangue, che da qualche vasellino riaperto potesse per avventura sgorgare, può ritardare tutt'al più di qualche giorno la perfetta cicatrizzazione, ma salvaguarda da una guarigione per seconda, che prolungherebbe di molto la degenza della operata.

Veniamo ora ad esaminare i risultati ottenuti dalle operazioni. Dobbiamo anzitutto mettere da parte l'ultimo caso, in cui malgrado le più minuziose e pazienti ricerche non si riuscì a scoprire il legamento rotondo nè da un lato nè dall'altro. Questo già prima che al Parona era accaduto ad illustri operatori, e sta a provare, che, a parte le difficoltà inerenti all'operazione, il cordone rotondo è alle volte ridotto a così piccole dimensioni e si sparpaglia tanto presto da essere addirittura irreperibile nel tragitto del canale inguinale. La donna non fu naturalmente influenzata in bene per l'operazione subìta, ma nemmeno in male: le ferite guarirono per prima colla massima semplicità. Le si propose di sottoporsi ad un altro atto operativo, l'isteropessia; ma essa si rifiutò ed uscì dalla Sezione.

Vediamo i risultati avuti negli altri quattro casi, in cui l'operazione ha potuto essere condotta felicemente a termine d'ambo i lati. In tutti colle trazioni sui legamenti rotondi convenientemente isolati, e coll'aiuto di due dita dell'assistente introdotte profondamente in vagina, l'utero si potè facilmente ridurre nella posizione normale; ed in tutti si constatò che restava bene ridotto, col fondo cioè portato in avanti e l'orificio uterino esterno rivolto in basso ed all'indietro, quando la donna veniva

dimessa dall'Ospedale. Ma interessava sapere, se si sarebbe conservato stabilmente nella buona posizione, anche dopo che la donna avesse ripreso le sue ordinarie occupazioni. Fu appunto per avere tale cognizione, che aspettai fino ad ora a rendere questi casi di pubblica ragione. Ora nella prima e quarta donna per esami fatti dal Parona e da me, e nella seconda e terza per relazione particolareggiata fatta da medici di rispettabile competenza, in tutte cioè, l'utero è restato in posizione normale. Non bisogna dimenticare che nella seconda e quarta operata, oltre lo spostamento all'indietro, vi era anche prolasso, il quale nella prima di esse, sebbene multipara, era anzi di secondo grado, secondo la classificazione dello Schroeder. Questo risultato remoto è stato stabilito con esame fatto ad una distanza dall'atto operativo variabile da un anno ad otto mesi. Si deve dunque ammettere che il risultato anatomico ottenuto dall'operazione di Alexander fu completo.

Resta ora a vedere, se, perchè la deviazione uterina fu corretta, furon pure soppressi i sintomi morbosi, di cui le donne soffrivano e che le determinarono a cercar ricovero nell'Ospedale. Due sopratutto erano i sintomi, che si imponevano per la loro gravità: 1° i dolori ed in genere i disturbi nella sfera nervosa; 2° le perdite sanguigne. Queste erano particolarmente gravi nella quarta donna; la quale per essa era ridotta ad uno stato di anemia notevolissimo, ed incapace di sopportare qualsiasi fatica a stento reggendosi in piedi, da parecchi mesi non abbandonava più la camera da letto. Soffriva pure di metroragie, meno gravi però, la donna, che fu operata per la terza. Ebbene sia l'una che l'altra non ebbero più metroragie e nemmeno le hanno al giorno d'oggi. Del resto ricordando, che le metroragie nelle retroversioni e retroflessioni sono dovute all'ostacolato ritorno del sangue dall'utero, ed all'infiammazione cronica della membrana mucosa (anche questa sostenuta almeno in parte dalle alterate condizioni anatomiche dell'utero) è naturale, che una volta che queste condizioni sono tornate normali le metroragie debbano cessare. Levata la causa, cessato l'effetto.

Passiamo ora ai disturbi della sfera nervosa. Qui i risultati non furono per tutte le operate egualmente brillanti. Infatti la prima sembrò essere migliorata da principio, ed usciva dall'Ospedale in condizioni abbastanza buone, perchè si potesse credere in un successo. Ma poi poco a poco tornò nello stato primitivo, ed anche al presente è il vero tormento della famiglia. Consigliata a far ritorno nell'Ospedale, fino ad

ora non si lasciò persuadere. La seconda operata invece gode anche al giorno d'oggi d'un'eccellente salute, accudisce alle sue faccende di casa; ma soffre ancora di dolori lombari, sebbene in grado considerevolmente minore di prima. Per la terza donna il risultato dell' operazione fu lusinghiero: e il dottore del paese scrisse pochi giorni or sono, che ella sta benissimo, mangia, lavora, è allegra e notevolmente ingrassata, offre un florido aspetto di salute: solo all'epoca della mestruazione, che per altro è regolare, risente leggieri dolori al sacro. Quanto alla quarta donna, il sintomo, che aveva di gran lunga il predominio, eran le metroragie: ora è normalmente mestruata, sta bene, ed insieme ad espressioni di squisita riconoscenza ripete sempre, che l'operazione l'ha ridonata da morte a vita. Persiste però ancora un po' di addolentatura ed un senso di debolezza alle reni. Concludendo per rispetto ai sintomi nervosi il risultato fu nullo nella prima operata, parziale soltanto nelle altre tre.

Ma questa parzialità di successo non infirma secondo me il valore dell'operazione di Alexander. Perchè ciò fosse, bisognerebbe che i disturbi nervosi, di cui le donne soffrivano, fossero tutti ed in modo completo da addebitarsi allo spostamento uterino. Ora sapendo lo stretto rapporto, che sovente esiste tra disturbi nervosi e malattie dei genitali nelle donne, era naturale nei casi, che ci occupano, di riferire quei disturbi allo spostamento uterino, unica alterazione che si era rilevata. Il persistere dei medesimi in grado totale o parziale, ad onta che l'operazione abbia rimesso l'utero nella sua sede normale, indica che essi erano e sono sostenuti da qualche altra causa. E questa causa talvolta risiede in alterazioni di altre parti dell'apparato genitale: alterazioni, che non sempre sono facili a constatare. Quante volte non accade nelle laparotomie di trovarsi davanti a lesioni specialmente delle ovaie e delle trombe ed anche dell'utero, che non si erano potute diagnosticare prima! Basti il dire, che la patologia delle ovaie e specialmente delle trombe fu notevolmente rischiarata e perfezionata da quando entrarono nella pratica le operazioni di Battey e di Tait (1). Del resto la causa anatomo-

---

(1) Leggesi infatti nel *Manuale di Ginecologia* di HART e BARBOUR. Traduz. Sisca. Edit. Leonardo Vallardi, 1887: « Al metodo del taglio addominale introdotto da Battey in certi casi cronici noi siamo debitori della scoperta dell'Idrosalpinge e del Piosalpinge in un numero di casi, nei quali fino allora non se n'era avuto neppure il sospetto. »

patologica di certi disturbi nervosi nelle donne può risiedere anche fuori dell' apparato genitale, e talora manca affatto, o per lo meno non la si può trovare nemmeno quando si ha l'occasione di praticare un'autopsia accurata. L'interpretazione dei sintomi nervosi malgrado i notevolissimi progressi fatti in questi ultimi tempi è ancora irta di difficoltà e non raramente avvolta nel mistero: e però non è a meravigliare, se il medico nella cura di tali sintomi si trovi pur troppo nella condizione di dover procedere un po' a tastoni e per via di probabilità.

Veramente queste ultime considerazioni riguardo ai sintomi morbosi non hanno diretta attinenza colla questione, se l'operazione di Alexander risponda o no al suo scopo, che è quello di ridare stabilmente all'utero deviato la sua normale posizione. — Tuttavia mi pare che esse non siano fuori di luogo, perchè al medico sopratutto deve importare di guarire gli ammalati dalle sofferenze, per le quali essi ricorrono alla sua cura. La correzione di uno spostamento uterino qualsiasi si impone solo in quanto tale spostamento è causa di sintomi, che o mettono in pericolo l'esistenza, o la amareggiano notevolmente. — Non troverei affatto giustificato un atto operativo di una certa entità diretto a togliere una anormalità dell'organismo, quando essa, non cagionando deformità, disturbi o sofferenze gravi, fosse ben tollerata dalla persona, che ne è affetta.

Riassumendo, l'operazione di Alexander tutte le volte che si potè condurla a termine ha dato nelle mani del Parona ed in modo permanente quel risultato meccanico che si sperava. — Questi successi aggiunti ai numerosi, che si rilevano dalle statistiche pubblicate dal Manrique (1), dal Doléris (2) e dal Casati (3); a quelli riferiti nelle memorie di autori italiani (4) sovra ricordate; ai casi del Roux, che trovai accennati nella *Revue des Sciences Médical.* T. XXXIII, pag. 548, di cui uno ebbe il controllo dell' autopsia sei mesi dopo l'operazione; agli altri del Segond, del Marchand e del Trélat, dei quali quest'ultimo autore dà conto in una sua stupenda lezione pubblicata negli *Annales de Ginécologie*, mars 1889, etc. (cito soltanto i casi, che sono venuti a

---

(1) Manrique. « Etude sur l'opération d'Alexander. » Steinheil éditeur, 1886, Paris.

(2) Vedi: *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Ginécologie,* 1886. Janvier et seq.

(3) Monografia già citata.

(4) Tutti questi autori, tranne il Ruggi, ottennero buoni risultati dall'operazione di Alexander.

mia conoscenza), autorizzano a ritenere che l'operazione di Alexander ha un valore reale ed è una buona conquista per la ginecologia. — Comprendo che il Ruggi (1), il Terrier (2) ed il Crespi (3) con quella tenerezza, che ogni padre sente per la propria creatura, tendano a dare il sopravvento sull'operazione di Alexander all'isteropessia praticata naturalmente col metodo da loro ideato e messo in esecuzione. — Ma chi giudica con animo libero non può disconoscere il valore di fatti molteplici e bene accertati. — Ben inteso che non si deve chiedere all'operazione di Alexander ciò che essa non può dare. — I casi operati dal Parona si riferiscono tutti a retroversioni e retroflessioni, due complicati con prolasso, uno di primo, l'altro di secondo grado: quest'ultimo però in donna nullipara, nella quale perciò l'apparato di sostegno costituito dal perineo era assolutamente integro. In tutti si ebbe cura speciale di ben accertare prima di accingersi all'operazione, che l'utero era mobile, libero da aderenze. Quando queste esistano è naturale che si debba ricorrere alla ventro-fissazione: atto operativo, che il Parona ebbe l'opportunità di praticare fin dal febbraio 1884 per correggere un prolasso uterino, e che raccomandava in una nota da lui nello stesso anno pubblicata (4). Egregiamente disse il Trélat (5), affermando che « l'operazione d'Alexander e l'isteropessia non sono due operazioni rivali, ma trovano ciascuna la sua applicazione secondo i casi. » Il campo di azione dell'operazione di Alexander si limita alle retroversioni e retroflessioni ed ai prolassi di leggero grado senza insufficenza perineale di un utero mobile. — Nei prolassi di maggior gravità, specialmente quando il perineo è lacerato e l'apertura vulvare è molto grande, senza dubbio l'accorciamento dei cordoni rotondi sarebbe insufficiente. — Ma per essi, già prima che l'operazione d'Alexander avesse i natali, la ginecologia disponeva di risorse curative di riconosciuta efficacia. — Sulla cura operativa del prolasso dell'utero usciva nello scorso anno un pregevole lavoro del Guzzoni degli Ancarani, che dà i risultati

---

(1) Lavoro citato.

(2) Vedi: *Revue de Chirurgie,* Février 1889, pag. 175.

(3) *Gazzetta degli Ospedali,* N. 20, 21, 22, 1890.

(4) « Fibro mioma uterino e cistoma ovarico guariti coll'esportazione, » pag. 14 e 15. Torino, tipografia Roux e Favale, 1884.

(5) Vedi: *Revue de Chirurgie,* 1889, pag. 177.

prossimi e remoti di cinquantacinque operazioni eseguite nell' Istituto Ostetrico-Ginecologico di Pavia (1). Sono risultati indiscutibilmente splendidi. — Ma non sarebbe logico aspirare a risultati anche più completi e sicuramente più duraturi, se alla colpo-perineorafia e alla colporafia mediana nei casi gravi si aggiungesse anche l'accorciamento dei cordoni rotondi? Questa proposta è tutt' altro che nuova, ma è senza dubbio a mio parere legittimata dalla grande preoccupazione, che giustamente tutti i ginecologi mostrano di avere per rispetto alla stabilità dei risultati nella cura degli spostamenti uterini. — Non so meglio conchiudere che riportando le seguenti parole del Trélat, che tolgo alla magistrale lezione già citata: « Io sono eclettico: io credo che vi sono dei casi, in cui il raccorciamento dei cordoni rotondi è solo indicato: sono le retroversioni riducibili senza prolasso nè insufficenza perineale. — Io credo, che ve ne sono altri, in cui la perineorafia o la colpoperineorafia, l'elitrorafia ecc., renderanno maggiori servizi del raccorciamento: sono i prolassi con insufficienza perineale senza retroversione. — Finalmente vi ha delle circostanze, nelle quali è indicato di agire sull' utero per la sua parte superiore e per la sua parte inferiore, di combinare in una parola i due ordini di operazioni. »

Pubblico queste osservazioni senza pretesa di sorta, pago se alle medesime venga riconosciuta la prerogativa del buon senso. Mi riterrei largamente compensato di quel po' di fatica che il presente lavoro mi costò, se riuscisse gradito omaggio di riconoscenza al Dott. Francesco Parona, che a compierlo mi incoraggiava.

Novara, 5 aprile 1890.

---

(1) « Collezione italiana di letture sulla medicina. » Ed. Francesco Vallardi. Serie V, N. 7.

I primi 15 mesi del Comparto Ostetrico-Ginecologico

dell'Ospedale Maggiore di Milano

DIRETTO DAL PROF. **LUIGI MANGIAGALLI**

Ottobre 1888 - Dicembre 1889

RENDICONTO CLINICO

DEL DOTTOR CARLO DECIO, MEDICO ASSISTENTE

(Continuazione, vedi pag. 231).

CLASSE IV. — **Malattie dell' utero.**

A proposito di alcune alterazioni di prima formazione della vagina, nella Classe seconda, ho già fatto parola di altre di ugual natura che colpirono l'utero, come pure già vedemmo due casi di raccolta morbosa sanguigna nella cavità uterina, sostenuta da mal formazioni della vagina stessa.

Ora trattando delle malattie uterine incomincierò: **a**) *dalle raccolte morbose del cavo uterino non sostenute da cause congenite*, indi seguiranno i casi: **b**) *di stenosi ed atresie acquisite del canal cervicale*, **c**) *di ipertrofia*, **d**) *di fibromi*, **e**) *di cancro*, **f**) *gli spostamenti*, **g**) *le lacerazioni della cervice* e **h**) *le varie forme di metrite.*

***

a) Fra le *raccolte morbose del cavo uterino* notammo due casi di piometra senile, l'uno dei quali, meritevole di estesa illustrazione, sia per la sua rarità, pel modo rapido col quale insorse, per l'essere idiopatico, per il grado ragguardevole che esso raggiunse riducendo le pareti dell' utero ad una sottigliezza estrema, sia per l' esito felice che si potè ottenere, quando le misere condizioni della donna e l' età sua non per-

mettevano certo una prognosi fausta, verrà pubblicato dal Dott. Villa: io mi limiterò a darne qui un breve cenno.

Osserv. I. — *Piometra senile.* Guarigione. — 16. 12. 88. Anni 53. Casalinga, maritata. Negativa l'anamnesi remota. Fu gravida 13 volte e due volte abortì senza risentirne conseguenze. Puerperi afebbrili ed allattamenti normali. Menopausa a 51 anni, ammalata a suo dire da 20 giorni per dolori alla cintura pelvica che poco dopo cessarono, lasciando una perdita dai genitali fetida e cremosa. La donna è assai scaduta nella costituzione generale, di colorito terreo, il pannicolo adiposo scarsissimo; il torace gallinaceo offre note di enfisema, ed al cuore si riscontra lieve grado di ateroma. Il collo uterino non è ulcerato, ma presenta delle piccole vegetazioni attorno all'orificio esterno, da cui geme un liquame puriforme, fetidissimo. Si pratica una irrigazione endo-uterina, indi la dilatazione alla Hegar, e, resa così possibile la esplorazione digitale dell'endometrio, questo diede l'impressione come di una sierosa, quasi ovunque liscia, levigata, in alcuni punti scabra; le pareti poi assottigliate in modo ragguardevole. Il giorno 19 T. 38.3 ed a sera 39.° abbondante perdita cogli uguali caratteri, ad onta di quotidiane irrigazioni boriche. La paziente resta stazionaria fino al 16 gennaio, in cui previa irrigazione endouterina, si iniettano 2 cent. cubi di tintura alcoolica di jodio nella cavità. Subitamente l'utero si contrae. Due giorni dopo si ripete la iniezione e si trova l'utero assai contratto e ridotto e le perdite cessate, talchè l'ammalata dopo pochi dì fu dimessa.

Cinque mesi dopo fu riveduta la donna, non accusava più disturbo alcuno ed appariva in floridissime condizioni.

Osserv. II. — *Piometra senile in utero retroverso.* — 19 Sett. 1889. Anni 59, servente, maritata. Nella menopausa da 20 anni, è decipara. Da tre mesi ha dolori e perdite fetide urenti dai genitali. Utero molle e flacido. Si praticano irrigazioni endouterine detersive con soluzione borica, indi una iniezione di tintura jodica. La donna esce guarita il 30 ottobre 1889.

***

b) *Stenosi ed atresie acquisite del canale cervicale.* — Abbiamo avuto campo d'osservarne due casi. Il primo fu di *atresia del canale cervicale prodotto da una cicatrice consecutiva ad amputazione vaginale del collo a mezzo dell'ansa galvanica subìta altrove:* ingresso 15 novembre 1888. Trattavasi di donna di 37 anni, cinquipara, che era stata operata nel modo suddetto da 4 anni. Subito dopo essa ebbe ad avvertire dolori

vivissimi, alle epoche mestruali, in cui lentamente e scarso uscivale il sangue dai genitali. I dolori da ultimo si erano assai accentuati, ed erano venuti altresì in iscena turbe nervose riflesse. La vagina superiormente si trovò ingombra da cicatrici, retratta ad infundibolo, attraverso alla quale si potè palpare il corpo uterino grosso, pesante, in lateroversione destra. Nel cul di sacco, collo speculum, si potè vedere una cicatrice stellata, ma pazienti e ripetuti tentativi per trovare una via che conducesse nel cavo uterino, via che doveva esistere perchè provata dal fatto dello scolo mestruale, furono vani. Viste le condizioni della donna, e l' aggravarsi delle sofferenze, le fu proposta l'ablazione degli annessi uterini, ma ella si rifiutò e partì, nè si ebbero più notizie sue.

Nel secondo caso *la atresia fu consecutiva ad una cauterizzazione della cervice uterina ulcerata* per carcinoma inoperabile. La cauterizzazione fu praticata (dopo il raschiamento delle parti vegetanti) con battuffoli al cloruro di zinco. La storia completa di questo caso fu pubblicata dal Prof. Mangiagalli nel 3° e 4° numero degli *Annali* 1890, nella memoria intitolata: *Due casi di taglio cesareo col metodo Porro, per rare indicazioni.*

Oggidì, riconosciuti gli inconvenienti che i caustici sia attuali che potenziali possono avere per le cicatrici che ne risultano, il loro impiego si è di assai ristretto. Il fatto dell'atresia consecutiva all'uso del cloruro di zinco non è però sufficiente per bandire un metodo (Marion Sims. Ely van de Warker) i cui buoni risultati nella cura palliativa dei carcinomi uterini inoperabili, si vedranno a suo luogo.

***

c) *Ipertrofie dell' utero.* — Parlando dei prolassi vaginali ed uterini ho già fatto menzione dei casi di ipertrofia della porzione media e sopravaginale del collo, per la qual cosa non vi tornerò sopra, come pure in questo paragrafo non farò cenno di quegli aumenti di volume che si osservano per cause infiammatorie, sibbene dovrei accennare soltanto ai casi (in numero di 2), *di ipertrofia della porzione vaginale del collo uterino.*

Se non che di essi essendosi occupato il Dott. F. Villa in una memoria che apparve nei N. 3 e 4 degli *Annali*, io mi limiterò puramente

ad accennare che nell'un caso (27 gennaio 1889) l'allungamento ipertrofico della porzione sotto-vaginale del collo fu trattato colla amputazione vaginale del collo stesso, e che nell' altro (6 ottobre 1889) la ipertrofia si ridusse spontaneamente in seguito ad operazioni subìte per altre indicazioni, (Vedi Paragrafo *Fibromi - castrazione per* - Osservaz. N. 10), la storia completa del qual caso verrà da me riferita più innanzi.

***

d) *Tumori fibrosi dell' utero.* — Prima di passare all' esame dei fibromi uterini propriamente detti, farò precedere un rapido accenno ai casi di polipi fibrosi. Diciannove furono i casi da noi osservati. Riguardo alla età delle pazienti si ebbe un minimo di 21 ad un massimo di 69 anni. Il loro volume fu vario, il massimo raggiunse (Osserv. 13.ª) quello di una testa fetale, gli altri furono tutti assai più piccoli. Nulla di particolare nella sintomatologia venne trovato, all' infuori dei consueti disturbi riferentisi alle perdite, le quali avevano assunto il carattere fetido allorchè il polipo fu trovato in preda a sfacelo (Osserv. 2.ª, 5.ª, 6.ª, 10.ª, 15.ª, 18.ª). I dolori di carattere espulsivo vennero notati in tre casi, in due dei quali la donna era nullipara. Dei 19 casi solo 4 appartennero a nullipare, di cui 2 nella età feconda (Osserv. 8.ª e 13.ª)

Di un certo interesse è la Osserv. 4.ª in cui il polipo aveva una doppia inserzione, una sessile, l'altra peduncolata.

Il trattamento consistette sempre nella ablazione del tumore. In nessuna delle operate si ebbe emorragia secondaria. Cinque volte, in cui il polipo era in sfacelo il dito bastò al suo snucleamento ed alla sua estrazione. Nove volte fu praticata la escisione previa legatura del peduncolo; in due di esse fu necessario procedere prima alla discissione bilaterale del collo. La enucleazione fu praticata tre volte, e venne sempre seguita dalla sutura della capsula debitamente ridotta; in un caso si ricorse al raschiamento. Il Prof. Mangiagalli non usò mai alcun istrumento speciale, polipotomi, o schiacciatori, serranodi, ecc. Abbondanti irrigazioni vaginali ed endouterine, nei casi di polipi gangrenati, accompagnarono sempre l'atto operativo, il tamponamento successivo vaginale con garza iodoformica fu di regola. Tutte le operate guarirono e non vi fu un solo caso in cui siasi osservato un rialzo termico post-operatorio,

e la febbre, prodotta dall'assorbimento dei materiali decomposti dei polipi in isfacelo, fu vista scomparire in quelle che la presentavano prima della operazione.

Tavola dei polipi fibrosi dell'utero.

Num. progressivo	Età	Numero dei parti	Data dell'ultimo parto	Sintomi	PARTICOLARITÀ del tumore	PARTICOLARITÀ del peduncolo	Inserzione	Operazioni eseguite
1.	40	6	8 anni	Emorragie	Grosso come noce.	Grosso.	Canal cervicale parte alta.	Escisione.
2.	49	12	?	Emorragie	Grosso come arancio. Molle sanguinante in isfacelo.	Grosso e breve.	Cavità uterina a destra.	Ablazione per semplice trazione.
3.	40	4	13 anni	Mestrui dolorosi abbondanti.	Grosso come una mela, peso 250 gr.	Lungo.	Parete post. del canal cervicale.	Escisione.
4.	39	2 abortivi	3 anni	Emorragie	Grosso come un mandarino.	—	Notevole la doppia inserzione sul canal cervicale a destra mediante peduncolo nastriforme e posteriorm. in modo sessile.	Recisione del peduncolo. Enucleazione, sutura.
5.	23	2	4 mesi	Emorragie Febbri	Grosso come uovo, è in isfacelo.	A nastro.	Canal cervicale, parete post.	Semplice trazione.
6.	31	4	3 mesi	Emorragie da 3 mesi	Molle in via di sfacelo.	A cordone.	Al fondo del corpo.	»
7.	50	9	—	Emorragie		A larga base.	Sul labbro anteriore.	Enucleazione, sutura.
8.	33	—	—	Emorragie da 4 anni	Grosso come noce.		Parete anteriore del corpo.	Discissione, raschiamento.
9.	69	11	24 anni	Emorragia	Come uovo.	Grosso.	Parete posteriore del corpo.	Escisione.
10.	41	4	—	Emorragie	Come mela bernoccoluta in isfacelo.	Largo.	—	Escisione.
11.	50	8	16 anni	Perdite e protrusione del tumore.	Voluminoso.	3 cent.	—	Escisione.

Num. progressivo	Età	Numero dei parti	Data dell'ultimo parto	Sintomi	PARTICOLARITÀ del tumore	PARTICOLARITÀ del peduncolo	Inserzione	Operazioni eseguite
12.	31	?	?	—	—	Sessile.		Discissione. Escisione.
13.	39	?	?	Perdite e dolori espulsivi	Come testa fetale.	Grosso	Parete ant. del Corpo.	Enucleazione, sutura.
14.	32	3	5 anni		Come noce.		Labbro post.	Si stacca col dito.
15.	48	8	6 anni	Lembo di capsula in isfacelo.				Estraz. digitale.
16.	35	4	4 anni	Perdite	Come mela.		Parete post. canal cervic.	Escisione.
17.	48	—	—	Perdite	idem		Parete sin. canal cervic.	Escisione.
18.	50	—	—	Perdite fetide.	Massa molliccia in isfacelo.			Raschiamento.
19.	46	2 e 4 aborti	17 anni	Dolori e perdite.	Come uovo.		Del corpo a sin.	Escisione.

Venendo ora ad occuparci dei tumori fibrosi dell'utero propriamente detti, e che furono in numero di 53 (1) li dividerò in tre categorie a seconda del metodo di cura che venne istituito.

I. Tumori in cui non venne praticata alcuna operazione o che vennero curati sintomaticamente in diverso modo, ma senza far uso della corrente elettrica (17 casi).

II. Tumori fibrosi in cui fu applicata la corrente elettrica galvanica secondo il metodo di Apostoli (16 casi).

III. Tumori fibrosi dell'utero offertici da donne che subirono atti operativi (23 casi).

Dieci volte, nelle 17 osservazioni della prima categoria, non venne reputato conveniente l'intervento chirurgico essendo piuttosto piccoli i tumori, nè presentando essi sintomi allarmanti; nei restanti casi le

(1) La somma dei casi delle tre categorie non corrisponde al numero da me annunciato, poichè in tre casi figura due volte la stessa paziente.

pazienti si rifiutarono ad ogni trattamento, e vollero uscire dalla sala benchè avessero presentato formale indicazione di un atto operativo. Questa categoria è la meno interessante, tuttavia è da notarsi che nei dieci casi in cui non si credette opportuno l'intervento chirurgico si ebbe però buonissimo risultato dalla cura sintomatica delle metrorragie colla amministrazione dell'estratto fluido di hydrastis canadensis.

Nel mese di giugno 1889 il comparto fu dotato dell'apparecchio per la cura elettrica dei fibromi secondo il metodo Apostoli. Il numero delle pazienti curate ammonta ai 16 alla fine dell'anno; alcune di esse, benchè dimesse dall'Ospedale, continuano la cura presso l'Ambulatorio ove venne istituito uno speciale impianto. I risultati che si ottennero furono assai diversi; possiamo dire di averne conseguiti di ottimi, di buoni, di mediocri e di nulli. In altro lavoro con più larga messe di osservazioni verrà trattato minutamente questo argomento insieme ad alcune questioni relative ad esso.

Ora prima di esporre in breve i casi suddetti, farò noto il risultato di alcune ricerche istituite per invito del Prof. Mangiagalli, sulle orine delle donne affette da fibromi e sottoposte alla cura anzidetta. Egli, partendo dall'idea che la diminuzione di volume delle masse neoplastiche si dovesse ad un assorbimento di materiali per parte dell'organismo, materiali resi solubili per effetto della corrente elettrica, e ricordando ciò che fisiologicamente accade nella involuzione dell'utero puerperale, pensò ad una eventuale peptonuria, e mi indirizzò a tale ricerca. E quivi mi è cosa grata il dichiarare che le indagini confermarono la ipotesi del Prof. Mangiagalli, giacchè specialmente *nei casi di grossi e multipli fibromi, si potè constatare una peptonuria consecutiva alla applicazione della corrente elettrica, peptonuria che non esisteva prima della cura, e che fu specialmente evidente nei casi in cui fu indiscutibile l'efficacia del metodo Apostoli.*

Ciò detto ecco un breve accenno alle osservazioni.

Osservaz. I. — *Voluminoso fibroma dell' utero.* — Agus.... Angela. Anni 53, cucitrice, maritata, nullipara, già nella menopausa. Condizioni deperite per perdite recenti. N. 21 sedute. *Riduzione considerevole del tumore.* Cessazione delle metrorragie. Parte in condizioni eccellenti.

Osservaz. II. — *Fibromiomi multipli, in parte sottosierosi, in parte sviluppati nel cellulare dei legamenti larghi e del setto retto vaginale.* —

Cr... Antonia. Anni 47, casalinga, maritata, IIpara. Sintomo prevalente è l'ingrossare dell'addome per il crescente tumore causante fenomeni di compressione. La paziente versa in gravi condizioni. N. 13 sedute. *Riduzione considerevole del neoplasma.* Migliora nelle condizioni generali, cessazione dei disturbi di indole nervosa.

Osservaz. III. — *Fibromi multipli.* — Mi... Amalia. Anni 52, casalinga, maritata. Nullipara, è nella menopausa. N. 12 applicazioni della corrente. *Risultato negativo* riguardo alla riduzione della massa.

Osservaz. IV. — *Fibroma interstiziale del fondo.* — Bal... Teresa. Anni 48, casalinga, maritata, III para. Anemica per le profonde emorragie. 7 applicazioni di corrente positiva, *migliorava la donna diminuendo le perdite*, il volume del tumore non pare diminuito. Passò in sala medica, indi fatta cronica. *Risultato negativo come riduzione del tumore.*

Osservaz. V. — *Fibromi multipli dei quali il maggiore interstiziale del fondo e unó sottosieroso della parete anteriore del corpo.* — Cre... Antonia. Anni 49, nubile. Nullipara. Mai emorragie, sebbene dolori e fenomeni di compressione da parte del retto e della vescica. Dopo 12 applicazioni il *risultato è negativo* (Vedi *miomectomia*, osservaz. 8ª).

Osservaz. VI. — *Fibroma uterino interstiziale.* — Sco.... Francesca. Anni 41, casalinga, maritata, V para. 20 applicazioni, risultato fino ad ora *appena mediocre,* è tuttora in cura.

Osservaz. VII. — *Fibroma uterino.* — Verp... Angela. (Vedi *Castrazione*, osserv. 2.ª) il risultato delle 6 applicazioni fu assai mediocre.

Osservaz. VIII. — *Fibroma uterino interstiziale.* — Mor.... Ester. Anni 50, casalinga, marit. 17 sedute positive per le emorragie, risultato mediocre per le perdite. Migliorata nello stato generale. È tuttora in cura.

Osservaz. IX. — *Fibroma.* — Bett.... Marta. Anni 38. Cameriera, vedova. Si presentò per menorragie. Dopo 6 applicazioni risultato mediocre, le perdite parvero cessare.

Osservaz. X. — *Fibroma uterino con retroversione.* — Ban.... Rosa. Anni 40. Portinaia. Ha perdite e fenomeni di compressione. Dopo 14 applicazioni risultato mediocre. È tuttora in cura.

Osserv. XI. — *Fibroma sviluppato nel legamento largo di sinistra.* — Cal... Teresa. Anni 46. Casalinga, marit. Ha perdite sanguigne da tempo. Dopo 13 applicaz. risultato soddisfac. per le perdite, è ancora in cura.

Osservaz. XII. — *Fibroma interstiziale del corpo uterino.* — Tic.... Maria. Anni 40. Cuoca, maritata. Ha menorragie considerevoli. Dopo 2 applicazioni volle partire, nè fu più vista.

Osservaz. XIII. — *Fibromi uterini di cui uno sottosieroso.* — Cogl.... Giuseppa. Anni 43. Portinaia, maritata. Ha perdite cospicue. Migliorata; esce dopo 5 applicazioni.

Osservaz. XIV. — *Fibroma a sviluppo in parte extra peritoneale con perimetrite.* — Mar... Maria. Anni 23. Levatrice, nubile. Mestrui regolari, 5 applicazioni. Esito assai dubbio, nè scevro di sospetti, che verranno mentovati in altro lavoro, che alla corrente siano addebitabili alcuni inconvenienti.

Osserv. XV. — *Fibroma interstiziale.* — Pell... Ermenegilda. Anni 30. Tappezziera, maritata. Il fenomeno prevalente è la emorragia. Dopo 2 applicazioni positive *le perdite cessarono.* Volle uscire nè fu più vista.

Osservaz. XVI. — *Enormi fibromi multipli.* — Ball.... Francesca. Anni 51. Casalinga, maritata. Il sintomo prevalente era il continuo crescere del tumore causante fenomeni di compressione. Il risultato del trattamento elettrico fu completamente negativo. (Vedi *Istero-miomectomia, guarigione,* oss. N. 9).

***

Riassumo nel seguente specchietto i diversi atti operativi che si misero in opera, a seconda dei casi, nella cura dei fibromi.

Via vaginale . .	Raschiamento ed iniezione di tintura di iodio	1
	Enucleazione	1
	Amputazione sopravaginale del collo	1
Via laparotomica .	Ablazione degli annessi	10
	Miomectomie	10
	Totale	23

Nel primo caso trattavasi di un piccolo *fibroma complicato ad aderenze periuterine da perimetrite*, (30 aprile 1889), in donna di anni 31, passamantiera, maritata, VIIpara, ultimo parto settimestre, estrazione manuale, feto morto. Da tempo ha lievi perdite sanguigne. L'utero è antiverso e voluminoso, ed in corrispondenza del corno sinistro vi è una tumescenza a larga base, che sporge dal piano dell'utero, immobile nel senso di rotazione sull'asse trasverso. La donna riferisce dolori in tale località. Si pratica il raschiamento per le perdite, sostenute in parte eziandio dal notevole grado di endometrite glandulare iperplastica: al raschiamento si fece seguire l'iniezione endouterina di tintura di iodio.

Osservaz. II. — *Fibroma uterino interstiziale e sottomucoso. Enucleazione per la via vaginale. Morte.* — 23 gennaio 1890. Anni 40, sarta, maritata. Fu già all'Ospedale parecchie volte per perdite sanguigne e vennele tre anni fa esciso un polipo. Ora per nuove imponenti emorragie si risolve a far ritorno all'Ospedale. Le mestruazioni sono abbondantissime con dolori a carattere espulsivo; la vescica si eleva fino a quattro dita trasverse sopra il pube, il riscontro vaginale avverte una tumescenza che fa corpo coll'utero ed arriva fino al bellico, ed un'altra grossa come una melarancia che si spinge a sinistra, e che si mobilizza appoggiando sulla parte posteriore del fornice vaginale sinistro (ovarite?)

La cavità uterina misura cm. 9 1[2. Il primo febbraio, dilatazione alla Hegar, il dito avverte in cavità verso il fondo una tumescenza a larga base molle che si spinge fino all'orificio interno. 5 Febbraio: nuova dilatazione (Vulliet) fatta coll'introduzione in cavità di N. 24 battuffoletti di cotone preparati coll'etere iodoformico T. 37. 2.

Giorno 6. 38.5, continua la perdita, a vespro 38.2, levansi i tamponcini, e previa disinfezione ed incisione bilaterale del collo, si estirpa il tumore impiantato sul fondo. Al passaggio del tumore l'incisione di destra si estende sotto forma di lacerazione nella volta vaginale corrispondente che viene suturata.

Giorno 7 ore 6 ant. Nella notte emorragia poco importante per sè, ma sibbene per le gravi condizioni di anemia in cui versa la paziente che cade in deliquio. Impercettibile il polso alle radiali, levato il tampone non si scorge stillicidio dall' orificio uterino nè dalla sutura, si praticano iniezioni di etere e si rinnova il tamponamento accompagnato da fasciatura compressiva addominale, appena percettibili le rivoluzioni cardiache; fasciatura degli arti. Iniezione ipodermica di soluzione cloruro di sodio in 0.75 0[0, la malata ripiglia i sensi.

Si dà mano agli eccitanti, ma circolo e respiro si fanno sempre più fiacchi, nuove iniezioni di etere e d'olio canforato. Respirazione d'ossigeno. Alle 10 1[4 pom. cessa di vivere.

Autopsia: raccolta sanguigna nel legamento largo destro di 150 gr. Pio-salpingite antica e piccolo fibro-mioma sottosieroso a sinistra.

Osserv. III. — *Fibroma della parete destra a sviluppo intralegamentoso* (zona cervicale). *Amputazione sopravaginale del collo uterino.* Guarigione. — 15 aprile 1889. Anni 39, cucitrice, maritata. Mestruò a 15 anni, scoli regolari della durata di 6 dì; è nullipara. Da 2 anni soffre di emorragie le quali vanno facendosi più frequenti. È un soggetto deperito e presenta spiccate note di oligoemia. Vagina breve, angusta, senza pieghe; l'utero un po' ingrossato di volume, in antiflessione ed antiversione fisiologica; attraverso alla volta vaginale destra, coll' esame

combinato, si avverte una tumescenza dura, della grossezza di una mandarina, connessa all'utero nella zona cervicale e che si sposta con esso. Il dì 26 si procede alla operazione nella narcosi. Incisa circolarmente la vagina, venne legata l'arteria uterina destra e sinistra; indi si amputò la porzione sopravaginale del collo suturando poi il moncone colla vagina. Il decorso fu apiretico: il 12 aprile, levati i punti si trovò il coalito perfetto, la donna partì il 19 aprile.

***

Dieci furono i casi in cui fu operata la ablazione degli annessi uterini; per non tediare il lettore con una particolareggiata narrazione delle singole osservazioni io le ho esposte in una tavola, cosicchè a colpo d'occhio possono essere di subito abbracciate le particolarità di ognuna di esse.

Prospetto riassuntivo delle 10 Castrazioni per tumori fibrosi dell'utero.

Num. progress.	Età. Professione. Stato. Ingresso.	Dati anamnestici ed obbiettivi. Diagnosi.	Operazione eseguita. Decorso post operatorio.	Esito. Osservazioni.
1.	27. 10. 88. Anni 41 contadina maritata Ca. Rosa	Mestruò a 17 a. regolarm. 3 parti ed 1 aborto. Da 6 mesi ha perd. rosse, atipiche. Note di oligoemia, soffio anemico al cuore. Milza tumida. Utero grosso immobile saldato allo scavo pelvico che riempie. Introducendo il dito nel canal cervicale si trova una massa grossa quanto un pugno che parte dalla parete posteriore del corpo ed invade la cavità. *Fibroma della parete poster.*	4. 1. 89. — *Ovaro-salpingectomia bilaterale.* L'ovaio destro portava una cisti della grossezza di una noce, a sinistra l'ovaio mostrava il corpo luteo dell'ultima mestruazione. Decorso regolare. Tolti i punti 10 giorni dopo. Coalito perfetto.	*Guarigione* per I intenzione, lasciò l'ospedale il 23 gennaio 89. Riveduta la donna, presenta cicatrice solidissima, il tumore alquanto diminuito. Nessun segno di mestruazione.
2.	8. 2. 89. Anni 36 filatrice nubile Verp. Angela	Mestruò a 15 anni, gli scoli furono sempre irregol., e da ultimo sofferente per diuturne metrorragie. Nullip. L'utero retrov. grosso come a gravidanza di 3 mesi, misura 9 cent. Sulla parete posteriore di esso si palpa un nodo fibromatoso. Fallite le cure mediche coll'ergotina e collo hydrastis. *Fibroma della parete poster.*	20. 2. 89. — *Ovaro-salpingectomia bilaterale* non scevra di certa quale difficoltà essendo le ovaie profondamente collocate nelle spazio del Douglas. Decorso piano, T. mass. 37.6. Tolti i punti 9 dì dopo. Coalito perfetto.	*Guarigione* per I intenzione, lasciò l'ospedale il 17 marzo. 19. 7. 89. Emorragie ricomparse ma a lunghi intervalli. Si fa la cura elettrica, risultato negativo. Proposta la isterectomia, la malata si rifiuta.

Num. progress.	Età. Professione. Stato. Ingresso.	Dati anamnestici ed obbiettivi. Diagnosi.	Operazione eseguita. Decorso post operatorio.	Esito. Osservazioni.
3.	24. 3. 89 Tib. Teresa	Nullipara. Utero antiflesso, corpo sferico grosso al cateterismo 8 3[4. *Fibroma della parete ant. del corpo.*	10. 4. 89. — *Ablazione delle ovaie* che erano sede di piccolissime cisti. Decorso apiretico: il 21 levansi i punti. Coalito perfetto, il 27 si alza.	*Guarigione* per I intenzione, lasciò l'ospedale il 12 maggio. A tutto marzo 1890 non si verificarono emorragie nè mestruazioni, diminuito il tumore.
4.	26. 8. 89. Anni 43 casalinga maritata Mil. Giovann.	Mestrui a 12 anni regolari. Un parto anni sono. Metrorragie e fenomeni di compressione vescicali dati da solide masse che si elevano fino alle Sp. I. A. S. e parte di esse si impegna nello scavo. Cateterismo cent. 10 1[2. *Fibromiomi multipli di cui il più voluminoso interstiziale e sottomucoso.*	20. 4. 89. — *Ovaro-salpingectomia bilaterale.* Si trovò ovaro-pio-salpinge destra e pio-salpinge sinistra. Ipertrofia concentrica delle pareti tubariche. Fu altresì laboriosa l' asportaz. dell' ovaio destro ingrandito, aderente alla pelvi ed all'utero e coperto dalla tuba ectasica per raccolta purulenta. Si trovò la sua parte inferiore sviluppata fra i foglietti del legamento largo. Nei manoggi si sparse un po' di liquido purulento nella cavità peritoneale, 3 punti della sutura suppurarono. Temp. massima 38.	*Guarigione* per I ed in parte per II intenzione. Uscì alla fine di maggio cicatrizzata la ferita. A tutto gennaio 90 il tumore è diminuito di 4 dita dall'altezza primitiva. Cicatrice ottima. Condizioni generali buone. Ogni mese lieve stillicidio siero-sanguigno.
5.	20. 3. 89 Anni 37 cucitrice maritata Berg. Teresa	II para. Da un anno soffre di metrorragie. L'utero grosso come in gravid. al III mese, corpo grosso sferico, retroverso. L'ovaio destro tumido, il sinistro di volume doppio del normale. *Fibroma della parete poster.*	27. 3. 89. — *Ovaro-salpingectomia bilaterale.* L'ovaio sinistro è sede di una cisti grossa come una noce. Decorso apiretico il 5 aprile. Tolti i punti si constata il coalito perfetto.	*Guarigione* per I intenzione, lasciò l'ospedale il 17 aprile essendo l'utero diminuito di volum. A tutto dicembre 89 mai più perdite. Utero piccolo mobilissimo.
6.	12. 4. 89 Anni 29 casalinga maritata B. Berenice	Mestrui a 13 anni sempre regolari. Nullipara, da 2 anni menorragie e dolori ai quadr. inf. Utero grosso come testa fetale, sferico, duro, liscio, uniforme. *Fibroma interstiziale del corpo uterino.*	27. 4. — *Ovaro-salpingectomia doppia.* Il decorso fu febbrile. Suppurati i punti inferiori della sutura. Cicatrizzazione completa il 13 giugno.	*Guarigione* per II intenzione. Uscì il 28 giugno. L'utero ridotto assai di volume e reso assai mobile.
7.	21. 4. 89 Anni 46 contadina maritata Per. Teresa	Mestrui a 15 anni sempre irregolari, dolorosi e scarsi. Nullipara. Menorragie da qualche anno, accusò disturbi da compressione vescico-rettale. Tumescenza che occupa tutto lo scavo, tondeggiante, dura e che arriva a 6 dita sopra il pube. *Fibroma sottosieroso della parete posteriore.*	8. 5. 89. — *Ovaro-salpingectomia doppia.* Decorso apiretico. Coalito della ferita perfetto.	*Guarigione* per I intenzione, partì il 2 giugno. A tutto novembre 89 non più comparse le perdite. Condizioni generali buone, tumore stazionario.

Num. progress.	Età Professione. Stato. Ingresso.	Dati anamnestici ed obbiettivi. Diagnosi.	Operazione dell'utero. Decorso post operatorio.	Esito. Osservazioni.
8.	20. 4. 89. Anni 45 domestica nubile. Carn. Maria Luisa	Mestruò a 17 anni, è nullipara. Da 2 anni irregolarità mestruali, da due mesi emorragie. Utero del volume di una gravidanza al Vmese, duro, mobile, liscio. Arriva fino a 2 dita dalla cicatrice ombellicale. *Fibroma interstiziale ed in parte sottomucoso.*	27. 4. 89. — *Ablazione degli annessi uterini.* Per lo sviluppo dell'utero i lacci caddero rasente al corno uterino. In II giorn. si verificano i fenomeni di sepsi. Si toglie la sutura, dalla ferita geme pus in quantità discreta. Si praticano irrigazioni boriche ma la malata soccombe. T. mass. 38. 5. P. 140. R. 48.	*Morta* per setticoemia in III giornata.
9.	23. 10. 89. Anni 39 infermiera nubile. Ca. Maria.	Amenorroica fino a 24 anni indi mestruata regolarmente. Nullipara. Qualche dolore, incipienti i fenom. di compressione vescicale, mai alcuna emorragia, vuole essere liberata da un tumore che arriva fino a due dita trasverse sotto la cicatrice ombel. costituito dall'utero cui è immedesimata una massa dura sferica in rapporto con quella accennata colla palpazione addominale. Imene integro. *Fibroma interstiziale.*	6. 11. 89. — *Salpingo-oofo-rectomia bilaterale.* Il tumore è sviluppato a spese del fondo incarcerato nello scavo. Laboriosa fu la ricerca e la estrazione delle ovaie nascoste sotto al tumore. Si esportò 6 cent. di ciascuna tuba. Fino dalla sera del giorno 11 insorsero fenomeni da far credere ad un embolismo dell'arteria polmonare, che svanirono: in VIII giornata, breve elevazione termica con fenomeni di depressione che si andarono accentuando conducendo alla morte.	*Morta* per emorragia tardiva verificata alla autopsia, insorta perchè essendo caduto il tumore in grande vicinanza del corno uterino, per le contrazioni del viscere, la tromba era sfuggita per l'opera di queste alla strettura del laccio. Il tumore era rammollito e presentava evidenti i segni di una incipiente necrosi probabilmente secondaria alla legatura delle arterie utero-ovariche e le condizioni speciali del tumore contribuir. forse a provocare le contraz. uterine.
10.	6. 10. 89. Anni 42 servente nubile. Fo. Teresa.	Mestruò a 14 anni con dolore, è nullipara. Da tempo ha senso di peso e molesti vaghi dolori al basso ventre. Soggetto rachitico, il bacino è totalmente ristretto. L'utero grosso retroflesso e retroverso. La sua cavità misura C. 11 1|2. notasi ipertrofia della porzione vaginale del collo. Per due volte fu fatta la riduzione nella narcosi, e fu applicato il pessario, ma l'utero tornò sempre alla posizione viziata. Da ultimo era incarcerato nella pelvi trattenuto all'indietro dall'angolo sacro vertebrale. *Fibroma interstiziale in utero retroverso.*	1. 11. 89. — *Ablazione degli annessi. Miomotomia sotto-peritoneale. Isteropexi.* Le ovaie erano alterate per degenerazione cistica. Dalla parte alta dell'ingrossato corpo uterino si tolsero due piccoli fibromi sottosierosi, indi si procedette alla ventro-fissazione dell'utero alle pareti addominali secondo il metodo di Leopold. Decorso regolare, solo in 4-5 giorno lieve rialzo termico che scomparve. Il giorno 13 si tolgono i punti della sutura, il giorno 15 quelli che fissano l'utero. Coalito perfetto. L'utero è al posto in cui fu fissato.	*Guarigione* per I intenzione. Uscì dall'Ospedale il 27 dicembre 89. Riveduta la donna nel mese di marzo 1890 si constatò l'ottimo risultato dell'operazione perdurare. Mai più apparse le regole.

Qual posto riserva l'avvenire alla castrazione come trattamento palliativo dei fibromi uterini? Ecco una domanda che più di un ginecologo

va ripetendo a sè stesso ed alla quale non può darsi sinora una risposta che risolva la questione intieramente. Certo è che la menopausa sopravviene nella maggioranza dei casi dopo la castrazione, ed è raro il vedere le emorragie continuare, e di frequente si osserva una rapida atrofia dell' utero ed una considerevole diminuzione dei fibromi. L' ablazione degli annessi deve essere giudicata in base ad un numero rilevante di osservazioni e dopo un certo tempo. Rifiutata da alcuni, soverchiamente apprezzata da altri, è indubbiamente efficace in molti casi e permette una prognosi assai più favorevole di quella concessa da un intervento più radicale. Un' inchiesta ripetuta in questi ultimi tempi, ci assicura de' suoi benefici effetti, anche dopo trascorso un tempo notevole per alcune delle operate.

***

Passo ora alla esposizione dei casi di fibromi che furono operati di miomectomia o di isteromiomectomia.

Le osservazioni sono disposte in ordine cronologico.

Osservaz. I. — *Fibromi multipli, interstiziali e sottomucosi, del fondo dell'utero. Istero-miomectomia preceduta da enucleazione del mioma più voluminoso. Morte per cloroformio.* — 20, 12, 1888. Anni 40. Cucitrice. Nubile. Mestruò a 12 anni. Da un anno si accorse di una tumescenza nell' addome la quale crebbe lentamente. Mestrui regolari. Nutrizione generale discreta. Negativo l'esame generale.

Nei quadranti inferiori addominali si osserva una tumescenza sferoidale, liscia, consistente, che arriva a un dito trasverso dal bellico, abbastanza mobile nel senso laterale ed in quello di ascesa e di discesa; sul lato destro di essa havvi un piccolo nodo fibroso.

L' utero si lascia abbassare con facilità; coll' esame addomino-rettale e vaginale non si riesce a circoscrivere il fondo dell' utero, che pare quasi continuarsi colla massa neoplastica. La sonda penetra per 5 cm. Ovaio destro accessibile, il sinistro parrebbe schiacciato contro la massa del tumore.

Dal pube all'apof. ensiforme . .	Cent. 32
Dal pube al bellico	» 17
S I D A S al bellico	» 18
S I S A S al bellico	» 16
Circonf. massima	» 75

Nessuna contrazione alla palpazione. Ascoltazione negativa.

Il giorno 14 gennaio, esaurite le pratiche di disinfezione, viene operata.

Aperto l'addome si constata trattarsi di un mioma del fondo. L'incisione è di 5 cm. poi si dilata fino ad 1 cm. dal bellico ed a 2 dal pube. Si estrae il tumore dalla breccia, esso si presenta solcato da grossi vasi venosi, turgido, teso, elastico, quasi fluttuante. Una incisione sulla parete anteriore, previa applicazione del laccio elastico sulla cervice, conduce sul mioma che può snuclearsi con tutta facilità, e lo si snuclea colla speranza o di conservare l'utero, o di peduncolare il guscio stesso del tumore. Al disotto della massa principale, della grandezza di una testa di adulto, si avverte però un'altra tumescenza del volume di una mandarina, che renderebbe difficile il peduncolarsi dell'utero e lascierebbe al disopra del laccio costrittore una zona troppo grande di moncone, per cui si sguscia anche quest'altro tumore, penetrando largamente nella cavità uterina. Essendo sottilissime le pareti del corpo uterino in corrispondenza del fondo, anzichè la sutura della breccia, si preferisce fare l'amputazione sopravaginale dell'utero, che si pratica segmentando in due il peduncolo mediante cordoncino elastico passato dall'avanti all' indietro coll'ago di Kaltenbach. La costrizione è compiuta e non sono trascorsi che 25 minuti dall'inizio della operazione, quando la donna cessa di respirare e cade improvvisamente in sincope. La perdita di sangue era stata nulla. Si pratica tosto la respirazione artificiale e si fa inalare ossigene, ed intanto si fissa il moncone all'angolo inferiore della ferita e si compie rapidamente la sutura addominale. Tutti i mezzi (respirazione artificiale, corrente elettrica, ossigeno, eccitanti) per rianimare la paziente riescono infruttuosi.

Autopsia: Abito esterno. Statura media, nutrizione discreta. Rigidità persistente. Al precordio ed al piede sinistro chiazze pigmentate da scottature recenti. Dall' ombellico al pube ferita riunita con punti di seta al cui angolo inferiore il moncone del diametro di 4 a 5 cent. formato da tessuto fibro muscolare è fissato con ago da trasfissione.

Capo. All'apertura della teca cranica non si sviluppa alcun odore di cloroformio. Notevolmente iperemica la calotta ossea e turgida la rete venosa della dura madre. Iperemia rilevantissima della pia meninge e della sostanza grigia cerebrale. Pia madre svolgibile, turgidi i vasi della sostanza bianca, sierosità nei ventricoli laterali più abbondante del consueto, edematosa la polpa cerebrale. — *Torace.* All'apertura di questa cavità, come della addominale non si sprigiona odore di cloroformio. Area *cardiaca completamente* coperta dai lembi polmonari. Lievi aderenze pleuriche in alto a sinistra. — *Cuore* di volume normale, lievemente adiposo; apparecchio valvolare aortico perfettamente normale tolto un lieve opacamento limitato ad un pizzo. Lo stesso dicasi dei

pizzi della mitrale e dell'apparecchio valvolare della polmonare e dell'orificio auricolo-ventricolare destro. Peso gr. 250. Discreto grado di congestione polmonare. — *Reni.* Ben distinta la sostanza corticale dalla midollare. Capsula facilmente svolgibile senza lacerazioni. Iperemiche alquanto le due sostanze. Nulla al fegato, alla milza, allo stomaco, all'intestino. — *Utero.* Il cingolo di costrizione del moncone è assai stretto e questo è assicurato alla parte inferiore della ferita. Nessun laminamento della sierosa, nessuna echimosi. Non stirato il peritoneo pelvico, non alterati i rapporti delle due pieghe peritoneali anteriore e posteriore. La vescica vuota conserva i suoi rapporti normali.

Osserv. II. — *Fibromi multipli, in parte a sviluppo intrapelvico sottoperitoneale, enucleazione, trattamento esterno del peduncolo. Morte.* — Pizz. Maria, d'anni 42, entra nel comparto il 31. 12. 88. Sarta. Maritata. Mestruò a 14 anni dolorosamente, scoli scarsi, 2 gravidanze e parti normali, 6 anni fa si accorse di un tumore al quad. inf. dest. dell'addome, il quale dopo un anno si estese anche a sinistra. Soffre stipsi, di tanto in tanto emorragie menstruali. L'addome è disteso da 2 masse irregolari durissime, che oltrepassano il bellico, spostabili l'una dall'altra. In esse si riscontrano nodi secondari sessili di uguale consistenza. Godono di certa qual mobilità ma non si ponno allontanare dalla pelvi.

Dal pube all'apofisi ensiforme	Cent. 34
Dal pube al bellico	» 15
Dal bellico all'apof. ensif.	» 19
Circonf. addom. mass.	» 93
Tra le spine	» 44
Dalla spina destra alla massima sporgenza . .	» 18
» » sinistra » »	» 23

Nel centro della pelvi il corpo uterino si continua e si confonde con una massa neoplastica sferoidale e durissima che si insinua nella pelvi con un grande segmento, e supera di 4 dita circa la sinfisi pubica, disponendosi sulla linea mediana in mezzo alle 2 grandi tumescenze sopracitate.

La sonda penetra 9 cent. La vescica vuota si eleva col suo fondo fino alla metà della linea fra il bellico ed il pube. Fenomeni di compressione della vescica, impossibilità di attendere ad ogni lavoro proficuo. Il 2 gennaio sopraggiunge la mestruazione abbondante che si modera con hydrastis, il 7 è cessata. Fino al 23 *nil novi.*

Il 23 previa le consuete norme di disinfezione, alle ore 2 pom. il Prof. Mangiagalli pratica una incisione sulla linea mediana da 3 cent. al disopra del bellico, evitandolo a sinistra, fino al margine superiore

del pube. Le masse fibrose messe allo scoperto presentavano notevole fissità, sia per le aderenze sia per lo sviluppo sottoperitoneale di molti fibromi che costituivano la massa principale. Legate e recise le aderenze colle anse intestinali e coll'omento, si procedette alla enucleazione successiva di undici voluminosi fibromi, incidendo il peritoneo che li rivestiva e la capsula che li avvolgeva, separando la vescica, rendendo così possibile la formazione di un grosso peduncolo del diametro di circa 7 cent. che venne fissato in corrispondenza dell'angolo inferiore della ferita.

Giorno 24. Ebbe vomito e singulto. T. 37.3.

Giorno 25. Temp. mass. 37.5. P. 112. Notte relativamente tranquilla. Minore il vomito, questo si ripete nelle ore pomeridiane.

Giorno 26. Vomito per tutta la giornata. P. 120. Temp. mass. 38.1, min. 37. Orine normali. Iniez. morfina. Cognac, seltz. Brodo.

Giorno 27. Ancora vomito, vario nelle differenti ore della giornata. Fisionomia più ristorata. Temperatura minima 36. 9, massima 37. 8. Si trafigge il moncone in molti punti col coltello Paquelin al color rosso, indi si spolvera con polvere di iodoformio, acido tannico e salicilico in parti uguali. Alla sera polso 140 con qualche rara intermittenza. Iniezioni etere.

Giorno 28. Notte tranquilla, salvo qualche conato di vomito, che si fece grave alle 3 ant. accompagnato da fenomeni di depressione. Alle 9 ant. Temp. 36.5. P. 132. R. 24. Orine cariche senza albumina, 12 m. prostraz. generale. 2 iniez. d'etere; enteroclisma di brodo e cognac.

3 pom. Vomito persistente. Temp. 37.4. P. 124. R. 24. Si amministra la tintura di muschio a goccie con cognac. Si dà mano alla faradizzazione della regione epigastrica, ma inutilmente, la malata soccombe alle 6 3[4 pom. L'autopsia non riscontra peritonite, il voluminoso moncone è in isfacelo.

Osservaz. III. — *Voluminoso fibroma sviluppatosi extra-peritonealmente in grembo al legamento largo di sinistra. Istero-miomectomia. Morte.* — Bon. Maria, 29 marzo 1889, anni 42. Contadina. Nubile. Mestruò a 14 anni, scoli sempre regolari, è nullipara. Le sue sofferenze datano da tre anni, riferibili alla sfera urinaria, e da 6 mesi avvertì una tumescenza dolente, la quale s'andava gradatamente aumentando in modo da occupare entrambi i quad. inf. Tale tumescenza, grossa come una testa d'adulto, è dura, poco mobile, sferica, e coll'esame digito-vaginale si riscontra occupare la parte superiore dello scavo, ed è assai poco respingibile coll'esame combinato. L'accurato esame portò alla diagnosi suesposta; il 10 maggio si procedette alla operazione. Incisione dal bellico al pube, sollevando il peritoneo lo si incide nella zona trasparente fino al punto in cui si rifletta sulla vescica che si eleva fino a 5 dita al disopra del pube. Il

tumore è rivestito tutto quanto dalla sierosa pelvica sollevata, sotto la quale traspare una ricca rete di grossi vasi venosi. L'utero sembra come una appendice del tumore, che parte dalla zona cervicale, e si è sviluppato nello spazio di Douglas e nel legamento largo di sinistra facendosi come un tetto della sierosa sollevata. Si incide fra due legature a sinistra il legamento utero-ovarico, la tromba ed il legamento rotondo, e quindi dall'avanti all'indietro la sierosa che ricopre il tumore. La puntura di qualcuno dei tronchi venosi che costituiscono la rete accennata, richiede una emostasi laboriosa. La piega sierosa che forma la tasca del Douglas, sollevata dal tumore, va direttamente dall'estremo superiore di questo verso la colonna vertebrale: incisa pure la capsula del tumore posteriormente dall' alto al basso, si snuclea una parte del tumore applicando provvisoriamente un laccio elastico che comprende l'utero e la parte snucleata del neoplasma. Si fende questa parte verticalmente permettendo in tal modo alle pinze uncinate di far presa valida ed efficaci trazioni, e mano mano che si snuclea una nuova porzione di tumore, si spinge in basso il laccio elastico stringendolo progressivamente. In tal guisa si riesce a snucleare l'intiera massa inchiodata nella pelvi. Il peduncolo venne costituito dalla porzione cervicale più ima, rasente alla volta vaginale e da gran parte della capsula del tumore raccolta in fascio; peduncolo che venne assicurato all'angolo inferiore della ferita, applicando avanti di esso alcuni Klemmer su alcuni punti sanguinanti al fondo della pelvi. — Ecco il decorso post-operatorio in brevi parole. La donna rimane apiretica: due giorni dopo si tolgono le pinze, non si verifica emorragia, e si pone un tubo a drenaggio. Solo in 3ª giornata ebbe un rialzo di 38°, fugace poichè le temperature non oltrepassarono mai il 37. 5. Il polso invece si mantenne celere, il meteorismo s' andò accentuando, contemporaneamente la donna entrò in un periodo di inquietitudine allarmante, cui fece seguito notevole senso di ambascia e di sonnolenza. Il moncone che cadeva in gangrena venne accuratamente disinfettato ed in parte esciso. L'angolo inferiore della ferita era convertito in un vasto infundibolo circoscritto da pareti nerastre gangrenose, nel centro del quale spiccava il residuo del moncone stretto dal laccio. A nulla valse la puntura capillare delle anse intestinali pel meteorismo, la donna aggravatasi moriva il 16 maggio.

Osserv. IV. — *Voluminoso fibroma della parete posteriore uterina. Amputazione sopravaginale dell'utero con legatura separata ed affondamento degli annessi. Trattamento extra-peritoneale del peduncolo. Guarigione.* — Bal. Maria, 17 aprile 89, anni 48. Casalinga. Nubile. Soggetto di salute cagionevole. Mestruò a 16 anni, è nullipara. Da 4 mesi avvertì dolori al quad. inf. sin., difficoltà nel mitto e nella defecazione, le mestruazioni irregolari ma non abbondantissime. La palpazione addominale fa avver-

tire sulla linea mediana una massa grossa come testa di adulto, che si porta più verso destra. L'utero elevato è spostato verso l'arco pelvico anteriore, ben delimitabile dalla detta tumescenza che gli sta dietro e che impegnata nel 3° sup. dello scavo si eleva 5 dita sullo stretto sup.: l'utero pare spostabile sul retroposto tumore; la sua cavità misura 6 centimetri. Il giorno 4 maggio si pratica la laparotomia e si scorge il tumore occupare il fondo e la parete post. dell'utero essendo sviluppato quasi in toto al disotto degli annessi uterini. Ad evitare un soverchio stiramento del peritoneo pelvico, questi vengono incisi bilateralmente fra due legature ed affondati: la legatura venne applicata all'esterno dell'ovaio. Venne quindi posto un laccio elastico ed amputato al disopra di esso corpo uterino e tumore: il moncone formato così esclusivamente dalla cervice uterina venne segmentato alla Kaltenbach, fissato, mediante trasfissione con un ago, all'angolo inferiore della ferita, suturandogli attorno il peritoneo parietale. Sutura. Medicazione. — Il decorso post-operativo apiretico. Il giorno 9 è rimossa la medicazione che è pulita, si cosparse il moncone con polvere di iodoformio, acido tannico, ed acido salicilico. Continuò il benessere e la apiressia. Nel giorno 16 il moncone era di durezza lapidea, e la medicazione non imbrattata, tolti i punti, coalito perfetto. Si sorvegliò il decorso successivo, la caduta del laccio ed il graduale cicatrizzare dell'infundibolo residuato dalla caduta del peduncolo. Durante questo tempo qualche disturbo intestinale dovuto a torpore. Ai primi di luglio partiva guarita ed in ottime condizioni che tuttora si mantengono tali, secondo informazioni avute dal medico condotto.

Osserv. V. — *Fibroma sottosieroso anteriore del corpo. Laparomiomectomia, procedimento operatorio come nel caso antecedente. Morte per setticemia.* — 30 Maggio 1889. Catt. Maria, anni 42. Setaiola. Nubile. Mestruò a 20 anni, è nullipara. Da 2 mesi ha dolori ad una tumescenza che sentesi nell'addome e di cui ella si accorse 18 mesi fa. I mestrui sono regolari. Fenomeni di compressione per parte della vescica e del retto. All'addome si riscontra una tumescenza piriforme ai quadranti inf. molto dura, grossa appunto come una grossa pera, legata verso la sua estremità acuminata con un'altra tumescenza che all'esame vagino addominale si trova essere l'utero ingrossato in latero flessione destra. La sonda si move liberamente in cavità dirigendosi in basso indietro ed a destra. Misura 8 centimetri. — Note rachitiche spiccate, deviazione della colonna vertebrale, ginocchia valghe. La deambulazione è stentata, il lavoro cui attende le riesce penoso, per la qual cosa essa vuole farsi operare.

Il giorno 27 giugno alle 8 ant. si procede alla operazione. Trattamento del peduncolo extraperitoneale, previa legatura separata ed af-

fondamento delle tube, dei legamenti ovarici, dei legamenti rotondi, ed esportazione del corpo non restando quindi fissato all' esterno che il vero e proprio moncone uterino. Riassumo brevemente il decorso successivo.

Giorno 27. R. temp. 36.2. Vomito 2 volte 37.2. P. 80.

Giorno 28. È tranquilla, aspetto normale 37. 37.7. P. 83.

Giorno 29. Si lagna un po' della strettura della medicazione 37.5. 38.8.

Giorno 30. 38.2. 37.6.

Medicazione quasi asciutta, il coalito avviene regolare alla sutura ed attorno al moncone. Improvvisamente alle 6 pomeridiane la donna piomba in sopore, è fredda alle estremità, sudore profuso, polsi filiformi. Dal personale di sala si amministrano quei soccorsi che sono richiesti dalla urgenza, ma la donna non migliora che fugacemente, è perfettamente compus sui, e con voce affievolita ringrazia delle cure cui si vede fatta segno, il polso piccolissimo varca i 160 al minuto. Si amministrano eccitanti per via ipodermica e per bocca. Continua il colasso, muore alle 11 1[2 pom.

Autopsia. Aperto l' addome si scorgono le anse intestinali agglutinate da lieve copia di essudato giallastro, altresì visibile sulla parte di peritoneo parietale arrovesciato che vi corrisponde. Nello spazio del Douglas un batuffolo di cotone asporta discreta quantità di pus. Suppurati i punti della sutura.

Osserv. VI. — *Fibromi multipli. Amputazione sopravaginale del corpo uterino, previa legatura ed affondamento degli annessi uterini. Trattamento del peduncolo col metodo di Haecker. Guarigione.* — Vi... Antonia, entra il 5. 7. 89. Anni 39. Casalinga. Mestruò a 12 anni. Nullipara. Accidentalmente da 2 mesi si accorse del tumore che prima non le aveva mai dato molestia alcuna, tranne un certo qual senso di peso in basso. Mestruazioni abbondanti. L' addome è nei suoi quadranti inferiori occupato da una massa la quale si spinge anche nello scavo, e da cui è lievemente spostabile dal dito esploratore. Giorno 21 giugno, incisione da un centimetro al disopra del bellico fino al pube. Si mette così a scoverto la massa fibrosa, la quale si porta alla breccia. L'utero, aumentato del triplo, è in retroversione, dalla sua parete anteriore ha origine una tumescenza grossa come un'arancia, e dal segmento antero-superiore di questa parte il grosso tumore del volume di una testa d'adulto. Procedimento operatorio come nei due casi antecedenti. Esportata la massa dei tumori (1900 grammi) e il corpo uterino, si regolarizza il peduncolo essendovi piccoli nodi interstiziali. Si sutura il peritoneo parietale in giro al peritoneo del peduncolo al disotto del laccio costrittore, indi si fa la sutura delle pareti addominali, addossandole al peduncolo. In 2ª e 3ª giornata si ebbe la temperatura di 38. 4 con persistente vomito. Tali fenomeni poscia

scomparvero togliendo i tre punti inferiori della ferita, da cui sgorgò un po' di sierosità, il che rese necessario l'applicazione di un drenaggio. Insorse ancora febbre, legata alle condizioni della ferita che richiese metodiche medicazioni. Coi primi di luglio la donna era apiretica, la piaga cicatrizzò in modo regolare. Uscì guarita perfettamente al 15 agosto.

Osservaz. VII. — *Fibroma sottosieroso del fondo. Miomectomia con affondamento del peduncolo. Setticoemia acutissima, morte.* — 19 Luglio 1889. Sto.... Maria. Anni 31. Casalinga. Maritata. Nullipara. Ha dolori ad ogni fase mestruale e leucorrea abbondante. Mai ebbe vere metroragie, ma soltanto menstruazioni prolungate, negativo l'esame generale. Alla regione ipogastrica si rileva una massa poco mobile che si espande lateralmente nelle fosse iliache, arrivando col suo sommo a due dita trasverse sotto al bellico. L'utero, in retroversione, è cacciato all'indietro ed in basso dalla tumescenza notata che può essere spostata in alto in modo da rendere libero l'ingresso pelvico; tale mobilità non influenza l'utero.

Addì 28 giugno, esaurite le consuete pratiche di antisepsi, si pratica la laparo-miomectomia. Il tumore del volume di una testa di adulto sporgeva dalla parete posteriore dell'utero, alla quale era unito per peduncolo breve e grosso del diametro di circa 4 cent. Applicazione di un laccio elastico sul peduncolo; escisione cuneiforme del tumore in corrispondenza del peduncolo, con sutura profonda e superficiale di seta. Affondamento del peduncolo essendo perfetta la emostasi, levato il laccio; giorno 29, temp. 37, 37.5, polso 98, vomito; il giorno 30, temp. 37, 37.2, polso 102; il 1 luglio, temp. 37.2; al mattino si lagna della strettura che le arreca la medicazione, vomito continuo e qualche singhiozzo ad onta di ripetute iniezioni di morfina; a sera temperat. 38.3, polso 120, piccolo alle ore 11 pom., la fisionomia è assai alterata. Levansi i punti di sutura, e smagliato il peritoneo, esce un liquido siero-sanguigno-purulento. Nessuna traccia di emorragia nè di raccolta purulenta. Lavatura con acido borico. Drenaggio.

Giorno 2 luglio. Fenomeni di adinamia imponenti, temp. 37.1, polso 88, piccolissimi. Ambascia considerevole, sguardo smarrito, sudori gelidi, perfrigerazione, morte.

Osservaz. VIII. — *Fibroma sottosieroso sessile della parete anteriore del corpo. Miomectomia con affondamento del peduncolo. Guarigione.* — 16. 7. 1889. Cr.... Antonia. Anni 49. Contadina. Nubile. Soggetto di intelligenza piuttosto limitata, nullipara. Da un anno avverte dolori ai quadranti inferiori dell'addome, con disturbi nell'orinare e nel deporre l'alvo. Le mestruazioni furono sempre regolari. L'addome è oc-

cupato da una massa tondeggiante dura, che si eleva a due dita sotto il bellico. La vescica spostata a destra.

Messo in opera senza utile risultato il trattamento elettrico (V. Osserv. V), trovandosi la donna disposta a sottomettersi ad un atto operativo, il 23 ott. si pratica la laparotomia nell'intento di esportare gli annessi. Questi furono trovati a stento perchè immedesimati coll'utero, sicchè si giudicò impossibile individualizzarli, e si procedette invece allo snucleamento del fibroma sottosieroso; regolarizzato il letto del tumore, venne chiuso mediante sutura con seta. Il decorso fu apiretico, il coalito della ferita perfetto. Il 14 novembre la donna lasciava la sala non presentando che in grado minimo una sovraeccitazione che le era abituale.

Osservaz. IX. — *Fibromi multipli enormi. Istero-miomectomia, trattamento extraperitoneale del peduncolo. Guarigione.* — Ball. Francesca. 8. 11. 89. Anni 51. Casalinga. Maritata. Nulla di rimarchevole nella storia sessuale. Da un mese cessate le mestruazioni che dapprima si erano sempre mantenute regolari. Da 4 anni essa avverte un graduale progressivo aumento dell'addome; essa non ebbe mai metrorragie nè dolori che richiamassero in modo speciale la sua attenzione. L'utero nell'asse pelvico in antiversione ed antifless.-fisiologica, poco mobile per enormi masse che ad esso sono sovrapposte, dure, tondeggianti, poco spostabili che lo stringono ai lati, senza però entrare nello scavo. Uncinato il collo uterino non si può abbassarlo, ma sollevando le masse addominali si verifica un moto di ascesa dell' utero. La cavità misura 18 centimetri. Avvertesi squisito rumore di soffio al quadrante inferiore di destra. L'esame generale riscontra un soggetto deperito, note di senilità precoce, ateroma centrale e periferico, notevole grado di oligoemia. Riuscite vane alcune applicazioni della corrente elettrica (metodo Apostoli, Osservazione XVI), e desiderando vivamente la donna di essere operata e facendosi rapidamente più marcata la denutrizione, addì 22 dicembre si procede alla laparotomia.

Praticata una incisione che, da otto centimetri al disopra dell' ombellico, circuendo questo a sinistra, arrivava fino al margine superiore della sinfisi pubica, si mise a nudo la massa neoplastica di color rosso cupo, percorsa da numerose e grosse vene e quasi trilobata. L' omento era aderente alla parte superiore ed anteriore del tumore. Separate o incise fra due legature le accennate aderenze, si riesce a sgusciare l'intiera massa dalla ferita addominale. La tromba di sinistra enormemente ipertrofica circuiva all' indietro la massa neoplastica, portandosi in alto alla depressione mediana del tumore, da cui partivano due solcature che davano a questo l'apparenza trilobata. La vescica era addossata al tumore per il tratto di cinque centrimetri circa. Legati e separati gli annessi di destra e di sinistra, previa emostasi provvisoria, mediante il

tubo elastico, si spacca l'intiera massa neoplastica dall'alto al basso e dall'indietro all'avanti snucleando due grossi tumori onde rendere più facile il distacco della vescica, e più agevole il peduncolamento dell'utero. Si pose allora al disotto del laccio provvisorio un cordoncino elastico per esercitare la costrizione permanente, comprendendo in esso gli estremi degli annessi di destra e di sinistra, e legando separatamente alcuni grossi vasi beanti alla superficie di sezione del peduncolo. Questo trafitto trasversalmente da un'asta lanceolata, venne assicurato all'angolo inferiore della ferita addominale, suturando peritoneo parietale e viscerale. L'ampia breccia addominale fu chiusa mediante punti di sutura superficiale e profonda con seta.

Così riassumo il decorso post-operatorio: fino alla sesta giornata tutto procedette in modo regolarissimo, solo in quel giorno si avvertì un rialzo termico di 38°, ad onta di un senso di benessere della donna; le temperature si mantennero nei dì seguenti oscillanti fra i 37°. 2 e i 39°, ed allorchè si rimosse la medicazione, si trovò che il coalito delle pareti addominali affrontate era solidamente avvenuto, ma da ogni forellino corrispondente a ciascun punto della sutura, si aveva uscita di considerevole copia di pus, il che richiese per alcuni giorni delle metodiche medicazioni, dopo le quali la febbre cessò. La caduta del laccio e la eliminazione del peduncolo avvennero regolarmente, talchè il 21 gennaio la ferita era quasi chiusa, non rimanendo che un seno fistoloso che lentamente si andò chiudendo, ed il giorno 8 marzo 1890 la malata fu in grado di uscire.

Per dare una idea del tumore asportato ecco alcune cifre. Il peso dei tumori era di grammi 2900, la massa uterina unitamente alla buccia dei tumori da sola pesava chil. 2. 200.

Spessore delle pareti uterine racchiudenti il tumore di destra centimetri 6, di sinistra cent. 1.

Spessore della parete uterina dividente la cavità dell'utero dal tumore di destra cent. 3, di sinistra cent. 1.

Tumore di sinistra. Diametro trasverso di cent. 12 1[2, longitudinale 13, spessore cent. 6. Tumore di sinistra. Diametro trasverso Cent. 15 1[2, longitudinale 18, spessore 8.

Osserv. X. — *Fibromi multipli, di cui uno voluminoso sottosieroso. Laparo-miomectomia, affondamento del peduncolo. Morte in 17ª giornata.* — 27. 11. 89. Po. Anna. Domestica. Nubile. Nella anamnesi figura il reumatismo poliarticolare. Mestruazioni in passato sempre regolari, talora dolorose: è nullipara. Da 2 anni ha senso di peso al ventre prodottole da una tumescenza mobile, che le dà qualche dolore. Le mestruazioni sono regolari per durata, ma più abbondanti e la malata accenna ad un considerevole deperimento della nutrizione. La palpazione fa avvertire

una massa dura tondeggiante, che dalla regione ipogastrica arriva a 3 dita trasverse al disotto della cicatrice ombellicale, la tumescenza è mobile in tutti i sensi, specialmente spostabile in alto. L'esame digito-vaginale riscontra delle piccole masse che si impegnano nel bacino e che formano un tutto colla massa descritta all'esterno e che portò alla diagnosi suesposta. Addì 20 dicembre esaurite le solite pratiche di antisepsi, si procede alla operazione. Incisione addominale di 14 centimetri. Il tumore della grandezza di una testa, venne portato alla breccia: esso partiva mediante grosso e breve peduncolo dalla parete posteriore dell'utero in vicinanza del fondo. Applicato un laccio elastico provvisorio sul peduncolo il tumore venne reciso mediante taglio circolare, così fatto che la sierosa rimanesse esuberante in confronto dello strato fibro muscolare. Praticata sutura profonda e sutura superficiale alla Lembert siero-sierosa e tolto il laccio, essendo il moncone completamente esangue, si affondò. La breccia addominale fu chiusa con seta mediante sutura superficiale e profonda.

Decorso post-operatorio. Fino alla terza giornata tutto procedette in modo regolare; fu alla sera di questa che si verificò 38°, il giorno 23 ebbe un attacco classico di influenza che in questo tempo aveva colpito parecchie ricoverate, dolori alle gambe, alle reni, catarro bronchiale diffuso, si toccarono i 39. 1, essendo il polso 96 e la diastole buona; da quel momento i sintomi della *influenza,* si associano a quelli di una setticemia, senza che mai presentasse alcun fenomeno di peritonite, nè dolori, nè vomito, nè meteorismo anche minimo. Giorno 24. P. 104. T. mass. 39.5 nel resto idem. Giorno 25. P. 100, fisionomia accesa, senso di arsura e senza brivido si toccano i 40, 37.7 come minimo. Giorno 26, 27. Notansi piressie serali toccanti i 38.6. Giorno 28 a sera 40.2. Giorno 29. Temp. minima 40, massima 40.3. P. 120. R. 44, non vomito nè singhiozzo, lieve cefalea, lingua asciutta, sete viva. Si amministra della antipirina che fa cedere la febbre, ma un rialzo a 40 fa nuovamente capolino: tutti i punti della sutura sono suppurati, levati i fili da ogni forellino, esce considerevole quantità di pus. Si ripetono le medicazioni due volte al giorno. Le alte temperature non accennano a modificarsi. Da uno dei fori uscì un laccio di seta, la sonda, da quel foro, potè penetrare per 9 cent. onde venne allargato, e vi si introdusse un tubo a drenaggio. Così si arriva al 3 gennaio 1890, e mantenendosi le temperature fra i 39. 7 e 40. 7, si notarono segni di forte ipostasi polmonare, la ammalata sempre *compus sui,* in preda a crescenti fenomeni di colasso moriva il 6 gennaio.

La autopsia rivelò nella fossa iliaca sinistra una discreta raccolta di pus in rapporto col seno fistoloso accennato. La superficie dell'utero là ove porta la sutura si mostrò suppurante, i fili in parte staccati, immersi in un detrito sanioso. Fra le anse intestinali raccolte purulenti.

Sono adunque dieci le osservazioni di miomi uterini rimossi per la via addominale coi più svariati metodi operatori, e fra essi soltanto, quattro ebbero un esito felice. Sarebbe però ingiusto il voler trarre da questo alto procento di mortalità (60 0[0) conclusioni troppo sfavorevoli alla miomectomia. Molte circostanze hanno cospirato a dare una serie sfortunata. È facile avere una buona statistica anche nella miomectomia, quando questa la si applica a tutti i casi indistintamente, e nella maggioranza dei casi sia quindi possibile una operazione metodica quale sarebbe l'amputazione sopravaginale dell'utero, si affondi il peduncolo o si addotti il trattamento extraperitoneale. Nel comparto ginecologico si diede la preferenza all'ablazione degli annessi anche nei casi, anzi specialmente nei casi in cui la isteromiomectomia sarebbe stata operazione tecnicamente facile, semplice, volendo il prof. Mangiagalli determinare in base alla propria esperienza il valore curativo della ovarosalpingectomia, mentre le operazioni che si propongono la rimozione del mioma o dei miomi vennero in massima riservate per i casi in cui l'ablazione degli annessi non era possibile o non consigliabile. Così nei dieci casi operati di miomectomia o di isteromiomiectomia ne troviamo la metà in cui non è stato possibile una operazione tipica, e tre di essi, a sviluppo extraperitoneale, che costituiscono i casi più gravi e danno tuttora un altissimo procento di mortalità. Ma neppure i criterii che hanno presieduto alla scelta dei casi e la natura di questi, bastano a dar ragione sufficiente dell'alta mortalità, la quale fu aggravata dal fatto di una morte per cloroformio, l'unica osservata dal prof. Mangiagalli in tutta la sua pratica estesa, e dal fatto che alcuni casi e dei più semplici spettano ad un periodo (fortunatamente breve) in cui divampò una vera epidemia settica, malgrado si continuasse a circondare ogni operazione delle più rigorose precauzioni, epidemia che travolse parecchi dei casi operati anche semplicissimi, e che fu causa, anche nei casi che ebbero esito favorevole, di suppurazioni protratte e di guarigioni per seconda intenzione. Aggiungasi che una di dette operate fu colta da *influenza* nella terza giornata e questa fu probabilmente non del tutto estranea all'esito letale (1). Dei metodi usati non tengo parola perchè descritti nelle singole osservazioni, e perchè il prof. Mangiagalli intende occuparsi di tale argomento con più ricca messe di fatti.

---

(1) Due isteromiomectomie operate quest'anno ebbero entrambe esito felicissimo.

E. Carcinomi uterini.

Il numero delle donne ricoverate per carcinoma dell'utero fu assai rilevante, avuto riguardo alla cifra totale delle pazienti. Se ne contarono 105; ma si terrà calcolo solo di 92 poichè le rimanenti non rappresentano altro che successivi ritorni di medesime ammalate. Come già ho altrove accennato, le affette da carcinoma dell'utero vengono ricoverate nella Sala Monteggia, riservata alle forme infeziose; quivi la maggior parte di esse si ferma pochi giorni, poichè, come di solito accade, il grado avanzato della malattia, e la sua diffusione controindicano qualunque intervento, talchè quelle disgraziate vengono giudicate croniche ed inviate in altra divisione, ove un personale *ad hoc* provvede alla loro cura. Il numero delle inoperabili toccò i 71. Solo rimasero nel comparto quelle in cui restò ancora speranza in una cura palliativa, essendo impossibile una operazione radicale, e quelle relativamente poche che si prestarono alla indicazione della isterectomia, essendo stata la affezione per buona ventura sorpresa in una fase operabile.

Riassumo nel seguente specchietto il movimento di tali ammalate:

Metro-carcinomi inoperabili .	Passate fra le croniche	47
	Ritornate a casa	17
	Amputazione cesarea utero-ovarica per concomitante gravidanza . .	1
	Morte in Sala	7
Operabili . . .	Si rifiutarono	2
	Raschiamento e cauterizzazione .	7
	Isterectomia	11
	Totale . . .	92

Non credo opportuno di riportare dettagliatamente le osservazioni dei metro-carcinomi inoperabili; ricorderò solo che nella massima parte di essi fu impossibile il distinguere la primitiva sede del male, stante la già avanzata diffusione alla vagina, ai parametri. Una prova delle miserande condizioni osservate in tale categoria di ammalate e dell'avanzato stadio del morbo è fornita dal fatto stesso del numero notevole di quelle che morirono in preda ad una vera cachessia cancerosa od a fenomeni uremici poco dopo entrate nel comparto.

Riguardo alle operate il mio compito è assai agevolato da alcune pubblicazioni che resero già nota la terapia chirurgica usata, non che i risultati ottenuti. Il dottor Curatulo, che frequentò il comparto per molti mesi, pubblicò un lavoro (1) sulla cura palliativa del cancro dell'utero inoperabile, citando cinque casi in cui venne messo in opera il raschiamento seguito dalla cauterizzazione col cloruro di zinco, per la qual cosa io qui non faccio che aggiungere gli altri due casi e per brevità riassumere in poche linee i casi pubblicati, riferendo quelle notizie ulteriori che potei avere circa le ammalate.

Osservaz. I. — *Cancroide del labbro posteriore, della vagina e del cellulare paravaginale e paracervicale.* — 16. 12. 88. Anni 35. Maritata. III para. Raschiamento, cauterizzazione, emorragia. Venne messo a scoperto il retto senza lederlo: richiese lunga convalescenza. Si riprodusse presto la neoplasia. Morì a casa nel marzo 1890.

Osservaz. II. — *Epitelioma ulcerato del collo uterino diffuso alla volta vaginale.* — Raschiamento, cauterizzazione col cloruro di zinco. Emorragia grave alla caduta dell' escara. Il caso è interessante per il fatto singolarissimo di una gravidanza di pochi giorni, non interrotta dal raschiamento, che poi rese necessario il taglio cesareo per atresia cicatriziale della vagina. Esso venne già pubblicato dal prof. Mangiagalli (2).

Osservaz. III. — *Epitelioma del collo uterino e della vagina.* — 26. 10. 88. Anni 52. Maritata. VII para. Raschiamento e cauterizzazione. Partì in buone condizioni.

Osservaz. IV. — *Epitelioma del collo diffuso alla volta vaginale.* — 21. 2. 89. Raschiamento e cauterizzazione, ripetuto per ben tre volte stante il ripullulare della neoplasia nel breve spazio di tre mesi. Venne poscia fatta cronica.

Osservaz. V. — *Epitelioma del collo.* — 29. 4. 89. Anni 44. Ipara. Raschiamento.

Osservaz. VI. — *Epitelioma del collo inoperabile.* — 19. 8. 1889. Anni 39. III para. Raschiamento e consecutiva cauterizzazione. Nessun incidente.

---

(1) *Morgagni.* Anno XXXI, novembre 89.

(2) *Annali di Ostetricia e Ginecologia.* Anno XII.

Osservaz. VII. — *Epitelioma diffuso alla volta vaginale.* — 1. 8. 89. Anni 50. IV para. Raschiamento e cauterizzazione. Nessun incidente, la piaga cicatrizzò in breve e la donna fu dimessa in buone condizioni.

Riguardo alle pazienti operate di estirpazione totale dell'utero per la via vaginale, dopo il lavoro del prof. Mangiagalli (apparso nel primo numero degli *Annali* del corrente anno) in cui in modo particolareggiato sono esposte le osservazioni, ed esaminate varie questioni di tecnica operativa e di anatomia patologica, io non dirò parola alcuna, ma mi limiterò a ricordare il brillante esito conseguito nelle isterectomie da lui praticate (1).

Del caso in cui venne praticata l'amputazione cesarea verrà brevemente tenuto calcolo nella sezione ostetrica essendo stato pur esso già reso noto dal prof. Mangiagalli.

Riassunto così in modo rapido il vario trattamento dei carcinomi uterini, ecco alcuni dati statistici desunti dall' esame delle storie cubicolari di tutti i casi presi complessivamente:

Età delle affette da metrocarcinoma.

20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	Non indicato	Totale
5	20	27	23	15	2	1	93

Da queste cifre appare una perfetta concordanza colle statistiche di vari autori, cioè che a partire dai venti anni la frequenza del carcinoma uterino si accresce fino verso i cinquanta per decrescere in seguito.

Che il carcinoma uterino si riscontri più frequentemente fra le maritate è cosa nota, ma questo fatto è subordinato non come si opinava una volta alla influenza dei rapporti sessuali, ma sibbene alla nulliparità. Al dire dello Schroeder l'Hofmeier sopra 812 casi vide 39 multipare, cioè il 4. 8 0[0, le altre avevano avuto 5. 02 parti in media; nei casi da noi osservati la nulliparità come il numero dei parti di quelle che hanno

(1) Alle 12 isterectomie pubblicate dal prof. Mangiagalli, si possono ora aggiungerne altre 14, avendo così un totale di 26 isterectomie con un solo decesso.

partorito sono rappresentate da cifre più elevate, come si può scorgere dallo specchietto seguente il quale ci dà una media procentuale di 7.52 0[0 per le nullipare, e di 7.96 pei parti.

Numero dei parti	Nullipare	I pare	II pare	III pare	IV pare	V pare	VI pare	VII pare	VIII pare	IX pare	X pare	XI pare	XII pare	XIII pare	XIV pare	XV pare	Non indicato	Totale
Numero delle donne	7	10	4	6	8	6	7	8	11	2	6	4	3	3	1	1	6	93

Emmet parlando delle neoproduzioni maligne dell'utero, da lui raccolte annovera il numero delle gravidanze che sempre e di molto sorpassano la media, ed aggiunge di non aver mai visto un caso di cancro epiteliale uterino in nullipara. Di ciò egli crede causa una eventuale lacerazione del collo uterino avvenuta durante il parto, e tenta di spiegare il meccanismo con un artificio di argomentazioni più o meno felici e direi quasi starebbe per affermare che il cancro epiteliale dell'utero è una prova non dubbia di una anteriore gravidanza. Egli aggiunge, che sempre ha potuto riscontrare la lacerazione col dito, eccetto nei casi in cui la neoproduzione aveva di già invasa la vagina. Tuttavia pensando al subdolo insorgere di tali affezioni, che per lo più vengono riscontrate in uno stadio già relativamente avanzato, in cui la parte lesa è grandemente sfigurata, sorge un certo qual dubbio sulla esattezza dell'asserto.

Gli studi fatti circa la ereditarietà non hanno portato a grandi risultati, quantunque sia stato messo in evidenza che tale elemento entri come fattore nella affezione. Lo Schroeder sommando fra loro i risultati delle ricerche di Gusserow, Tanner, Lever, Lebert, Scanzoni, West ci mostra la ereditarietà 78 volte sopra 948. È innegabile tuttavia che tali ricerche sono assai difficili, e che i loro risultati sono soltanto fino ad un certo punto attendibili, specialmente quando essi si desumono da anamnesi raccolte per la massima parte sopra donne che non sono in grado di riferire esattamente sullo stato di salute delle rispettive madri, il che accade ogni giorno nella pratica ospitaliera.

Nella nostra modesta statistica si avrebbero avuti 3 casi sospetti. Quattro donne invece riferirono con sicurezza essere le loro madri morte per cancro dell'utero. Ho tenuto calcolo della età in cui apparve per la prima volta la mestruazione, e mi si presentò nel seguente ordine:

Numero delle donne	6	12	15	11	14	6	9	5	2	13	= 93
Età prima Mestruaz.	11	12	13	14	15	16	17	18	19	non indicato	

dandomi la età media di 15 anni.

Dato uno sguardo rapido e complessivo alla sintomatologia non trovai nulla di speciale da essere notato; il morbo fu nella maggioranza dei casi subbiettivamente avvertito allorchè l'alterazione era già inoltrata e causava metrorragie. Più di una volta si vide far completamente difetto il dolore e non sempre fu accusato di carattere lancinante. È notevole come in molti casi si riscontrasse diffusissima infiltrazione cancerosa in donne che conservavano una nutrizione floridissima. Alcune di esse, per converso, come già dissi, giunsero in Comparto in uno stato miserando, soppressa in parte la integrità della coscienza, per la intossicazione uremica, e vi morirono prima di essere trasportate nel Comparto croniche.

F. Spostamenti uterini.

Le deviazioni uterine costituiscono una delle malattie più frequenti dell'apparato genitale muliebre; che se, come giustamente osserva lo Schultze nel classico suo trattato, su di esse non si possono stabilire precise statistiche, ciò è in gran parte subordinato al sentimento di pudore che spinge la donna a farsi visitare dallo specialista solo quando le sofferenze sono gravi. Tuttavia in questi ultimi tempi, in grazia del moltiplicarsi degli ambulatori, la frequenza degli spostamenti uterini venne maggiormente posta in luce, e, meglio studiati i rapporti di talune concomitanze morbose, furono vedute essere queste ultime molte volte la causa degli spostamenti medesimi, dal che scaturirono nuovi indirizzi terapeutici. Delle osservazioni sugli spostamenti uterini avuti

nel Comparto non accennerò che ad alcuni dati, ed ai metodi di cura che vennero istituiti, facendo osservare che in questo paragrafo raggruppo solo quelle deviazioni uterine che si presentarono tali come sintomo prevalente o come entità morbosa.

43 furono i casi di spostamenti all'innanzi, 39 antiflessioni e 4 antiversioni. L'antiflessioni e le antilatero-flessioni di solito si osservano con speciale frequenza nelle donne nullipare. Lo specchio che qui presento dà una chiara idea dello stato delle nostre pazienti e di quelle che partorirono:

		Nullipare	Unipare o pluripare	Totale
Antiflessioni	Maritate	9	20	29
	Nubili	7	3	10
Antiversioni	Maritate	—	4	4
	Nubili	—	—	—
	Totale	16	27	43

Due volte la antiflessione fu vista coi caratteri della congenita. in una di esse si trovò il rene destro ectopico forse congenitamente (13. 1. 89). In tutti i casi si osservarono disturbi menstruali, e di spesso la affezione fu trovata compagna ad altre complicazioni, così ad endometrite 9 volte. Venne riscontrato accompagnarsi la retroposizione dovuta alla retrazione delle pliche utero sacrali, o contemporaneamente di uno dei legamenti larghi 14 volte. Di questi 14 casi in cui fu dimostrata la precedenza della parametrite posteriore, 9 appartenevano a donne che avevano avuto figli e 5 a nullipare, di cui 2 nubili e 3 maritate. Sarebbesi quindi notevole la frequenza della parametrite posteriore che venne più volte notata come consecutiva allo stato puerperale. L'antiflessione fu altresì compagna ad alterazioni delle ovaia, così 3 volte ad ovarite destra, 3 volte a prolasso delle ovaia: 3 volte a perimetrite in atto ed a postumi di essa, e venne altresì registrato un caso in cui

la deviazione fu osservata in utero sede di piccolo fibroma della parete anteriore che causava copiose emorragie. La donna ritornò altra volta all'ospedale ed allora venne operata di castrazione (Vedi Osserv. III).

Nella sintomatologia abbiamo avuto campo di assistere a tutti i fenomeni dipendenti dalle cause dello spostamento e dalle concomitanze morbose e dagli esiti di queste. In generale, si trattò sempre di soggetti giovani, così la affezione fu trovata 3 volte al disotto dei 20 anni, 23 volte occorse in donne dai 20 ai 30 anni, 10 volte dai 30 ai 40, e toccò il massimo in due casi di 42 e 45 anni.

Troppo scarso è il numero, per voler annotare minutamente e con profitto alcune particolarità relative a tale affezione; solo accennerò di volo che la dismenorrea, la leucorrea, la sterilità, i dolori sia dal lato del retto quanto della vescica, ed altri riferibili a fatti di perimetrite e di parametrite vennero frequentemente osservati. Invece farò qualche parola dei metodi di cura che vennero istituiti. È cosa nota che, se l'antiflessione è al suo inizio, e il caso è lieve, la cura riesce abbastanza facile e semplice; per converso se lo spostamento è di antica data e notevole, la cura può essere impossibile, ed il ginecologo trovarsi spinto fino alla proposta della castrazione onde provocare una artificiale menopausa che valga a togliere sofferenze qualche volta insopportabili. Nella pratica ospitaliera si ha a fare con donne per la massima parte dedite a lavori faticosi, in cui la affezione è complicata assai volte ad ovariti, a descensus delle ovaia nello spazio del Douglas, a catarri dell'endometrio e via dicendo. È solo quando le loro sofferenze si riacutizzano, che esse si decidono ad entrare in Comparto; ove spesso, il riposo di pochi giorni coadiuvato da un regime igienico e dietetico fa sì, che, scomparso momentaneamente ogni sintomo, esse credonsi guarite, e vogliono uscire poco dopo. Così accadde della maggior parte delle nostre donne. La cura della antiflessione è essenzialmente sintomatica, e così nei casi in cui essa fu compagna a perimetriti od a stati infiammatori degli annessi, si misero in pratica le metodiche applicazioni di tamponi imbevuti di glicerina, sola od addizionata collo ioduro di potassio e tale trattamento fu continuato ambulatoriamente; là ove si richiese frenare la leucorrea si diede mano il raschiamento della cavità uterina, preceduto dalla dilatazione graduale alla Hegar con effetto buono. In altre ammalate si praticarono iniezioni endouterine di cloruro di zinco al 25 0[0. Alla discissione del collo uterino si ricorse 9 volte in nulli-

pare di cui 7 maritate, e 2 nubili. Il Prof. Mangiagalli in tale operazione non fa uso di alcuno dei molti strumenti speciali a lame nascoste, i quali sono di difficile disinfezione, e di meccanismo complicato; egli non si serve che di un bistourì o di forbici. Le donne vennero sempre cloroformizzate e, durante l'operazione, il campo fu irrorato (come in ogni operazione di plastica) da un getto di soluzione antisettica. Non si osservò mai emorragia di sorta dalle superfici cruentate, fra cui di solito venne posto un piccolo piumacciolo di garza iodoformica onde impedire il coalito. In tutte le nostre operate il decorso fu apiretico e rivedute all'ambulatorio non si lagnarono di disturbi ripristinati; due di esse divennero poi gravide.

Il Martin insisterebbe assai sul precetto di non accingersi mai ad operare la discissione del collo se gli annessi uterini non sono in istato normale, e tenderebbe ad attribuire intieramente, o quasi, a tale trasgressione le disastrose conseguenze narrate da qualche autore. Nei nostri casi l'operazione fu eseguita due volte in cui era concomitante una perimetrite cronica, senza osservare acutizzazione del processo e senza dar luogo a complicazioni.

***

L'antiversione occorse 4 volte, in donne maritate e pluripare. Non si riscontrò nulla di meritevole d'essere notato, ed esse uscirono poco tempo dopo il loro ingresso.

***

Fra gli spostamenti dell'utero allo indietro figurò 36 volte la retroversione e 33 la retroflessione. Fra le donne che si presentarono per la prima modalità di spostamento, o che per meglio dire ne erano affette in modo prevalente, (poichè più volte la retroversione fu associata ad altre forme morbose dell'apparato genitale) ne trovammo 28 che avevano figliato, ed 8 che erano nullipare; di queste 6 erano nubili ma 2 soltanto avevano i genitali esterni con manifesti caratteri di integrità. Credo che questo punto non sia privo di un certo interesse, perchè di solito nella eziologia degli spostamenti dell'utero all' indietro si dà grande importanza alle gravidanze precedenti, e sopratutto allo stato di puerperalità, che rende facile al viscere non ancora involuto di pigliare una viziata

giacitura, specialmente qualora si trascurino quei riguardi che in tale periodo di tempo ogni donna dovrebbe osservare. In questi otto casi la retroversione era causata 2 volte per piccolo fibroma della parete posteriore e negli altri si trovarono sempre compagne retrazioni cicatriziali che rendevano l'utero fisso ed un certo qual grado di endometrite. Nella tavola che qui presento ho cercato di riunire le complicazioni delle retroversioni, ed il metodo di cura che venne istituito. Aggiungerò che più volte la retroversione fu osservata prevalente ora da un lato ed ora dall'altro, una volta associata ad antiflessione, il che non figura nella tavola, che si sarebbe resa soverchiamente complicata. Ricordo eziandio che più volte le donne affette da tale spostamento presentavano note di isteria piuttosto accentuate.

DIAGNOSI	Riduzione. Pessario.	Dilatazione. Raschiamento. Pessario.	Raschiamento. Amputaz. vaginale del collo.	Cauterizzazione Cure solventi. Tamponi.	Isteropexi.	Impossibile la cura meccanica.	Si rifiutarono ad ogni cura.	TOTALE
Retroversione non complicata.	6						2	8
Con reliquati di peri, parametr., aderenze.	1			3				4
Con ovarite e descensus delle ovaie.	2			4			3	9
Con endometrite ed erosioni del collo.		7	1	1			1	10
Con endometrite e metrite parenchimatosa.	1		2					3
Complicata a fibromi.					1 (1)		1	2
Totale . . .	10	7	3	8	1		7	36

(1) Previa ablazione degli annessi.

La retroflessione fu osservata come già fu detto 33 volte; anche quivi trovammo 6 nullipare, 3 maritate e 3 nubili; tutte, tranne una, avevano avuto rapporti sessuali.

Come per la retroversione riunisco nella seguente tavola i casi di retroflessione:

DIAGNOSI	Riduzione. Pessario.	Raschiamento. Riduzione. Pessario.	Amputaz. vaginale del collo. Pessario.	Raschiamento. Amputaz. vaginale del collo.	Operazione di Alexander.	Cauterizzazioni.	Cure solventi.	Non si prestarono alla cura.	TOTALE
Retroflessione semplice.	5				1		1	4	11
Con aderenze, con reliquati di paraperimetrite.	1						2	4	7
Con endometrite, erosioni del collo.	1	3				1		2	7
Con endometrite associata a metrite parenchimatosa.			1	3					4
Con allungamento ipertrofico della portio vaginalis.				1					1
Con prolasso degli annessi.	1	1					1		3
Totale .	8	4	1	4	1	1	4	10	33

Riguardo alla sintomatologia offerta dalle retroversioni e retroflessioni la trovammo variamente rappresentata. Il dolore, il senso di peso al bacino, i disturbi della endometrite vennero spesse volte osservati, come pure i gravi disordini mestruali e disturbi di organi vicini, retto

e vescica, ed altri nervosi di origine riflessa. A proposito di questi ultimi disturbi faccio notare che non si verificarono di prevalenza assoluta là ove l'ovaie erano o prolassate, o sede di processi flogistici, per la qual cosa io credo si debba andare cauti nello incolpare lo stiramento delle ovaie come causa dei fenomeni nervosi, e si debba tener calcolo altresì della compressione dei nervi uterini all'angolo di flessione, della compressione dei nervi sacrali, dello stato di oligoemia delle pazienti, ed eventualmente anche della suscettibilità maggiore di taluni soggetti, in via ereditaria, per le turbe nervose isteriformi.

Del trattamento nei singoli casi fu esposto nei due prospetti. Riassumendolo ora, dirò che furono operate 16 riduzioni semplici, alcune delle quali nella cloronarcosi, sei volte fu anche praticata la manovra di Schultze per aderenze. Diciasette volte si procedette al raschiamento prima della riduzione, sette volte il raschiamento fu compagno ad amputazione vaginale del collo, una volta fu praticata da sola l'amputazione del collo.

In 13 casi alla riduzione si fece precedere una cura locale solvente (tamponi di glicerina iodica, doccie) o si curò la endometrite con cauterizzazioni col cloruro di zinco: 17 donne si rifiutarono ad ogni intervento. Il prof. Mangiagalli dopo la riduzione bimanuale è solito mantenere l'utero coi pessari di Hodge, e qualche volta con quelli a sbarra trasversale.

La ventro fissazione dell'utero fu eseguita in un caso di cui la storia completa figura nel capitolo *fibromi* (Vedi *Castrazione per fibroma,* Osservazione N. 10ª) ed altresì nel lavoro del dottor Villa (1), per la qual cosa io mi limiterò a ricordare che la donna operata col metodo di Leopold, guarì prontamente, e che tuttora l'utero si manteneva al 4 di maggio nella posizione in cui era stato fissato. Notisi che quivi la laparotomia aveva altresì altre indicazioni. Anche l'operazione di Alexander fu praticata una volta, ma con insuccesso. Trattavasi di donna d'anni 23, contadina, maritata; entrò in comparto il 3 novembre 1889. Essa era nullipara: le mestruazioni le erano apparse per la prima volta a 13 anni con dolori e da tre mesi le si erano sospese;

---

(1) Villa. « Sull'eziologia dell'allungamento ipertrofico della porzione vaginale del collo uterino. » *Annali di Ostetricia e di Ginecologia,* N. 3-4.

accusava senso di peso e dolori al sacro e disturbi d'indole isterica. L'utero piccolo, mobile in retrolatero flessione sinistra. Sottoposta alla operazione, non fu possibile il trovare i legamenti rotondi nè a destra nè a sinistra, per quanto con lunga pazienza e diligentemente fossero cercati. Praticata la sutura questa guarì sollecitamente per prima intenzione e l'affrontamento fu sì perfetto che la cute non mostrava che una linea netta al posto della incisione.

G. Lacerazioni del collo uterino.

È nota quanta parte siasi data oggidì alle lacerazioni della cervice uterina nella eziologia delle affezioni uterine da Emmet e da molti ginecologi che hanno abbracciato le sue idee. Come entità morbosa prevalente, ne potemmo contare soltanto 11 casi. In generale alle alterazioni della mucosa del collo e del canal cervicale si associano altri stati morbosi, per cui una esatta classificazione riesce pressochè impossibile essendo assai difficile lo stabilire il punto di partenza delle svariate manifestazioni. Negli 11 casi citati la lacerazione della cervice uterina si trovò associata 4 volte a spostamento dell'utero all'indietro, e contemporaneamente una volta a prolasso degli annessi, in un'altra a lacerazione perineale. L'antiflessione fu vista una sol volta, così pure la metrite parenchimatosa. Quasi costantemente invece si riscontrò notevole erosione ed ectropio. Di esse 3 erano primipare. I sintomi principali furono sempre la irregolarità nelle mestruazioni, talora dolorose, abbondantissime, dovute ai peculiari stati della mucosa e del parenchima uterino che già ho fatto notare, i dolori e la perdita catarrale. La lacerazione fu nella maggioranza dei casi bilaterale, solo due volte fu osservata a sinistra. Tre ammalate non furono operate perchè in una fu giudicato inopportuno l'intervento per concomitante forma medica e due si rifiutarono; tuttavia una fu sottoposta ad alcune cauterizzazioni della estroflessa muccosa con cloruro di zinco, sicchè allorquando lasciò l'ospedale essa era assai migliorata. Otto furono quelle che subirono un atto operativo onde rimediare alla lacerazione, se non che lo stato patologico sia dell'endometrio quanto del parenchima uterino richiese l'associazione di più atti operativi. La operazione di Emmet fu praticata sette volte, delle quali due da sola, quattro associata a raschiamento, ed una alla colpo-perineorafia col metodo Lawson-Tait, ed in un ultimo caso si credette più

conveniente rinunciare alla trachelorafia onde praticare l'amputazione vaginale del collo, previo raschiamento.

Le superfici cicatriziali furono per lo più cruentate col bisturì, per la sutura si preferì sempre la seta, la quale ci diede in tutti gli esposti casi un coalito completo, per prima intenzione. Il decorso delle nostre operate fu sempre apiretico, ed il risultato plastico nulla lasciò a desiderare.

H. Lesioni infiammatorie dell' utero.

Dovendo ora accennare a quelle manifestazioni morbose che si potrebbero comprendere collettivamente colla denominazione di *lesioni infiammatorie dell' utero*, di troppo mi sarei dilungato, se avessi voluto entrare in una minuziosa classificazione, e spesso, trovandosi parecchie forme associate mi sarei trovato in serio imbarazzo nella classificazione medesima. Così ad esempio più volte al processo patologico dell'endometrio, presero parte il parenchima uterino ed il rivestimento peritoneale. La metrite cronica e la perimetrite adunque spesso si trovarono accompagnare l'endometrite, ma essendo talora or l'una or l'altra forma predominante, io ho diviso tali manifestazioni morbose in due grandi categorie e cioè processi infiammatori dell'endometrio e processi infiammatori del parenchima uterino, a seconda della prevalenza dei sintomi.

Cominciamo dai primi. Tutte le forme di endometrite furono riscontrate, dai lievi catarri cervicali ai catarri ribelli complicati a vaste erosioni della porzione vaginale del collo e ad ectropion considerevoli della mucosa, per salire alle endometriti interstiziali e ghiandolari, fungose, emorragiche, deciduali. A convalidare la diagnosi fu quasi sempre chiesto il responso dell'indagine microscopica, che ci venne favorita dal laboratorio di Anatomia Patologica dell'Ospedale Maggiore diretto dal dott. A. Visconti.

In generale si curò l'endometrite chirurgicamente, solo nei casi lievi di metrite del collo con piccole erosioni follicolari furono messe in opera le applicazioni di tamponi, e venne tentata, a vero dire, con risultati soddisfacenti la cauterizzazione del canal cervicale colla soluzione di cloruro di zinco, mercè la sonda d'alluminio rivestita di uno straterello di cotone: in qualche caso si praticarono solo lavature endo-uterine disinfettanti, o venne fatta qualche scarificazione. Ma là, ove l'endome-

trite non era di recente data, e dove il complesso dei sintomi poteva lasciar supporre che i mezzi suesposti non sarebbero stati sufficienti a guarire l'affezione estesa, profonda, si ricorse al raschiamento preceduto dalla dilatazione del collo, e seguito spesso dalla iniezione di tintura alcoolica di iodio e qualche volta dalle iniezioni di soluzione di cloruro di zinco 10 0[0 o di creosoto. Ecco come lo si eseguisce nel nostro Comparto. Per la dilatazione del canal cervicale si ricorse quasi senza eccezione ai dilatatori di Hegar, di cui si spinge la introduzione, seduta stante, fino al N. 7 1[2 od 8, in modo da dar facile passaggio alla siringa di Bozeman colla quale si fa la lavatura della cavità uterina prima e dopo il raschiamento con soluzione di sublimato all'uno per mille.

Qualche striscia di garza iodoformica è posta in vagina dopo l'atto operativo: le cure ulteriori sono assai semplici; un giorno o due dopo il raschiamento si toglie la garza iodoformica e si praticano metodiche irrigazioni vaginali. Il risultato fu buono nella maggioranza dei casi e solo poche volte bisognò completare la cura con ulteriori raschiamenti e con qualche medicazione endouterina (iniezione di cloruro di zinco). I danni e pericoli del raschiamento non esistono, ma ad una condizione soltanto, e di capitale importanza, cioè che l'atto operativo si accompagni ad una antisepsi rigorosa. Nelle nostre operate di raschiamento non ebbimo mai ad osservare nè accidenti di sorta nè elevazioni termiche consecutive.

Riassumo in questa tavola i vari metodi di cura impiegati nelle forme di endometrite, avvertendo che qui non figurano tutti i casi, poichè non fu tra questi tenuto calcolo di quelli in cui oltre alla endometrite si trovò associata altra forma morbosa (Vedi il riassunto delle operazioni).

Cauterizzazione con cloruro di zinco	Tamponi di glicerina	Raschiamento semplice	Raschiamento previa dilataz.		Uscite senza cura	TOTALE
			Laminaria. Spugna	Hegar		
9	4	5	6	31	5	60

Prima di passare alle forme infiammatorie del parenchima uterino ricorderò due casi di *polipi mucosi del canal cervicale* dappoichè la loro

formazione è strettamente unita al catarro della mucosa cervicale. Nulla presentarono di rimarchevole sia dal lato della sintomatologia quanto da quello dell'intervento.

La metrite acuta, ovvero la flogosi del parenchima uterino all'infuori dello stato puerperale è affezione rarissima, e non si ebbe campo osservarne alcun caso; la metrite così detta cronica, parenchimatosa, che stando alla definizione dello Schroeder consiste nella *ipertrofia del connettivo uterino accompagnata da un aumento di sensibilità di tutto l'organo*, ci offerse invece un largo numero di osservazioni.

45 furono i casi di metrite; due volte soltanto la malattia fu osservata in nullipare, nel rimanente le donne avevano avuto figli, anzi la maggior parte n'ebbe parecchi e 22 volte l'affezione fu accusata consecutiva all'ultimo parto di data non molto lontana, otto di tali parti furono abortivi. Le erosioni catarrali del collo, la endometrite, la peri e la parametrite, estinta od in fase subacuta, gli spostamenti dell'utero all'indietro, riducibili, oppure fissi per aderenze periuterine, e lacerazioni perineali furono viste complicare da sole o diversamente aggruppate la malattia che ci occupa. Fra le manifestazioni più importanti si rilevò il disturbo nella mestruazione rappresentata dall'elemento dolore, emorragie, leucorrea.

Riassumo in un prospetto anche per questa forma il trattamento istituito.

Raschiamento	Amputazione del collo	Dilatazione. Raschiamento. Amputazione	Scarificazioni e Cure mediche	Nessuna cura	TOTALE
10	7	9	12	7	45

In totale vennero fatti 19 raschiamenti e 16 amputazioni vaginali del collo uterino. Già vedemmo la tecnica del raschiamento a proposito delle endometriti, in questi casi venne praticata assai frequentemente la iniezione successiva di tintura alcoolica di iodio.

Riguardo alla amputazione del collo dirò che questa fu sempre eseguita mediante dieresi cruenta, secondo il metodo anaplastico di Schroeder, e fu eseguita non solo là ove si trovarono vaste erosioni del

collo, ma anche allo scopo di provocare la involuzione uterina. Infatti nelle classi popolari le cure le più assidue e il razionale impiego di svariati mezzi terapeutici, spesse volte non approdano ad alcun risultato, perchè l'ambiente in cui vivono le donne, o le nocive influenze che le circondano, inesorabilmente continuano ad opporsi ad una guarigione definitiva. L'amputazione vaginale del collo uterino ci diede oltre che la riduzione immediata del viscere, altresì una considerevole e duratura diminuzione di esso, constatata anche parecchi mesi dopo all'ambulatorio. Per la sutura dei lembi il prof. Mangiagalli fa uso della seta; i punti in via generale vengono levati in decima, dodicesima giornata. Una sola volta (in cui non si può escludere il dubbio che la donna abbia da sè sola tolto il tampone innanzi tempo) fu visto mancare il coalito; solo accidentalmente qualche filo troppo stretto compromise la configurazione delle labbra dell' orificio esterno in casi rari; non si osservò mai una stenosi dovuta a lavorìo cicatriziale. L' emorragia fu sempre di poco conto, nè si mise mai in opera alcun mezzo speciale per l'emostasi, non fu mai fatta alcuna allacciatura isolata al fondo della superficie cruentata, perchè il solo affrontamento dei lembi arrestò ogni gemizio, nè venne mai osservata alcuna emorragia secondaria.

(Continua).

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Accademia di Medicina di Parigi.

SULLA TERAPEUTICA INTRAUTERINA DEI FIBROMI UTERINI.

Il dott. Giorgio Gautier ha letto all'Accademia di Medicina di Parigi nella seduta dell'8 aprile 1890, un lavoro di cui ecco le conclusioni sommarie:

I. La terapeutica elettrica dei fibromi è stata fin dai primi tentativi (Brachet, A. Martin, Onimus, Chéron) estrauterina o vaginale ed ha utilizzato le interruzioni e le inversioni delle correnti continue. Questa stessa terapeutica viene oggi restaurata sotto un nome nuovo, pretendendosi a torto la migliore.

II. Dal 1882 io applico il metodo di Apostoli, che consiste nella galvanocaustica intrauterina e monopolare dell'utero. Ho fatto 1329 applicazioni in 67 malate affette da fibromi uterini; 18 mi furono inviate da colleghi che han potuto constatare i risultati ottenuti; 62 che ho rivedute sono durevolmente guarite; contro 4 insuccessi e 1 decesso dovuto a lesioni degli annessi non conosciute.

III. I primi effetti del trattamento si spiegano sul dolore e sull'emorragia. Nei fibromi emorragici, l'orientazione della corrente non è indifferente: il polo positivo è emostatico e decongestionante.

IV. Non c'è nè bassa, nè media, nè alta intensità. La clinica vuole che si elevi quanto più è possibile, secondo i casi, l'intensità della corrente, e che si arresti al primo apparire del dolore. Le correnti forti abbreviano il tempo necessario alla cura dei fibromi: se le correnti deboli sono utili per il dolore, in generale sono inefficaci a produrre l'emostasi. Io applico dette intensità variabili da 30 a 250 milliamperes, e fra queste dosi estreme mi mantengo, come media, a 120 o 140. Questo trattamento ristora le forze delle malate e produce in casi eccezionali la scomparsa del tumore.

V. Questo metodo non è nè inefficace, nè pericoloso e di fronte all'isterectomia (mortalità 42,85 0[0), e alla castrazione (13,3 0[0) (Lucas Championnière) s'impone davanti a qualunque fibroma come trattamento da preferirsi.

VI. Le 106 osservazioni del Keith, le 79 dello Slavianski, i 200 casi trattati dallo Sneguireff, sommati ai 600 dell'Apostoli, ai miei, e a quelli che sono stati pubblicati in Europa e in America formano un totale di oltre 2000 osservazioni che depongono in favore della terapeutica intrauterina, e sono inoltre la prova materiale e irrefutabile che dimostra chirurghi eminenti deporre il coltello di fronte al metodo dell'Apostoli considerandolo come il trattamento medico più efficace dei fibromi dell'utero.

Parigi, 15 Maggio 1890.

Dott. Mauri Matteo.

Dell'azione polare positiva della corrente galvanica costante sui microbi, ed in particolare sul bacteridio del carbonchio

PEI DOTT. APOSTOLI E LAQUERRIÈRE

Parigi — *Accademia delle Scienze* — Seduta 28 Aprile 1890.

L'azione antisettica e microbicida della corrente galvanica costante, intraveduta da uno di noi fin dal 1886 (1), è stata in questi ultimi due anni l'oggetto delle nostre comuni ricerche.

In una nota depositata sotto plico sigillato all'Accademia delle Scienze il 12 agosto 1889, consegnammo i primi risultati delle esperienze intraprese collocando dapprima i poli alle due estremità di una provetta contenente brodo di coltura, e a poca distanza l'un dall'altro. Tutte le nostre esperienze ebbero il controllo della seminagione e dell'inoculazione all'animale (coniglio o cavia). Ecco le nostre prime e principali conclusioni:

1.° L'azione della corrente galvanica costante sulle colture è in rapporto diretto coll'intensità della corrente valutata in *milliampères*.

2.° Per una stessa intensità, e a parità di condizioni, ha poca importanza la durata dell'applicazione, l'intensità della corrente rimanendo sempre il fattore principale.

3.° Una corrente di 300 o più *milliampères* applicata per 5 minuti uccide costantemente il bacteridio del carbonchio. Le seminagioni fatte colla cultura così trattata restano sterili, e l'inoculazione sulla cavia resta senza effetto.

4.° Una corrente di 200 a 250 *milliampères*, applicata per 5 minuti non distrugge sicuramente e costantemente la virulenza; qualche cavia muore ancora, però più tardi che le cavie inoculate comparativamente con la stessa cultura non sottomessa all'azione della corrente.

5.° Una corrente di 100 o meno *milliampères* non distrugge la virulenza neppure dopo un'applicazione di 30 minuti; si produce soltanto un'attenuazione che aumenta coll'intensità della corrente e che si rivela per il fatto che le cavie inoculate muoiono uno o due giorni più tardi che le altre.

Da quell'epoca noi abbiamo stabilito che questi effetti sono indipendenti dall'influenza termica che accompagna ogni elettrolisi, e abbiamo studiato l'influenza isolata dei poli e della porzione interpolare del circuito.

---

(1) APOSTOLI. « Trattamento dell'endometrite colla galvano-caustica chimica intrauterina, » 1886, pag. 38-50.

Possiamo formulare le seguenti conclusioni complementari:

1.° Si possono sopprimere sperimentalmente gli effetti calorifici della corrente, e ottenere in egual modo la distruzione o l'attenuazione della vitalità dei microbi.

2.° Solo il polo positivo uccide od attenua la vitalità degli organismi patogeni per i quali l'azione interpolare e quella del polo negativo restano indifferenti.

3.° L'azione antisettica del polo positivo in un mezzo di cultura distinto, separato intieramente dal polo negativo, si esercita a più debole dose elettrica che nella prima esperienza, dove i due poli, essendo contigui, attenuano la loro azione reciproca. Così il polo positivo non uccide a 50 *milliampères* per una durata variabile da 5-30 minuti; ma al di là l'attenuazione comincia e cresce progressivamente fino a diventare costante fin dai primi cinque minuti fra 100 e 150 *milliampères*.

4.° La conclusione generale che si deduce dalle nostre ricerche è che la corrente continua a dose, come suol dirsi « medica » (di 50 a 300 *milliampères*), non ha azione sui generis sulle culture microbiche in un mezzo omogeneo, e che la sua unica azione polare positiva dev'essere legata allo svolgersi degli acidi e dell'ossigeno come dimostreremo in una prossima nota.

Dott. Mauri Matteo.

RASSEGNA OSTETRICA

Romiti. — **Sull'anatomia dell'utero gravido.**

Lasciamo la parola all'autore stesso, riportando integralmente la sua nota:

« Una delle prime e più capitali questioni rimane sempre quella sulla origine degli elementi della decidua o delle cellule deciduali. In generale è ad esse assegnata una unica origine: o dagli elementi connettivi preesistenti nella muccosa (Leopold, Minot, Lombardini (1), o da leucociti modificati (Langhans, ecc.) o dall'epitelio (Overlach) od infine dalle pareti vasali (Waldeyer, Romiti, Ercolani, Tafani). Di corto però Paladino (2) e Luzi (3) hanno accennato ad una idea degna di moltissima attenzione da parte degli anatomici, e che può dar ragione appunto di taluni disparati pareri, idea cioè di riconoscere non unica ma varia la sorgente

(1) Ricordo solamente i recenti ricercatori ai quali alludevo nella introduzione alla nota. Per la letteratura sulla origine della decidua fino al 1880 può vedersi la mia « Embriologia » I. Siena, per il periodo posteriore è ben raccolta da Minot « Uterus and Embryo. » Boston, 1889.

(2) Paladino. « Dei primi rapporti tra l'embrione e l'utero in alcuni mammiferi. » *Giornale della Assoc. di Natur. di Napoli*, 1889, I, pag. 6.

(3) Luzi. « Sulla provenienza degli elementi cellulari della decidua. » *Bollett. Soc. Natur. di Napoli*, 1889, 3, 1.

degli elementi deciduali. Così Paladino, pur propendendo per la genesi dai leucociti, avverte come la sorgente degli elementi deciduali possa essere diversa: o dal tessuto perivascolare o dalla immigrazione. Luzi afferma recisamente che la origine degli elementi deciduali è doppia, una parte proviene dal tessuto connettivo, ed un'altra, la più importante, dai leucociti. È da notare come Luzi escluda assolutamente la origine perivascolare.

« Le mie nuove ricerche mi farebbero fortemente appoggiare il concetto della pluralità di origine delle cellule deciduali. Ho più specialmente tolto in esame uteri gravidi dei primi tempi di donna, di coniglio e di lepre. Nell'utero gravido di donna del primo mese, insieme allo sviluppo di molti vasi (e dell'importanza di questo fatto bene si esprime Paladino che dà alla decidua dei primi tempi il carattere di organo ematogenetico), esiste una notevole infiltrazione di elementi linfoidi, massime negli strati più profondi. L'epitelio superficiale ho trovato per la massima parte distrutto e solamente mantenuto qua e là a tratti in limitate estensioni (Confronta Minot, p. 419). Le giovani cellule deciduali hanno veramente il carattere delle giovani cellule di connettivo: perciò qui si resta fortemente impressionati che il connettivo sia la principale sorgente della formazione deciduale, e che forse, in via secondaria, vi contribuiscono i leucociti.

« Ma esaminando l'utero gravido del coniglio, e meglio ancora quello della lepre, fatti ben differenti colpiscono l'osservatore. Prima di tutto, e lo dico per incidenza, giacchè dirò delle lacune vasali in altra nota, io ho trovato da riconfermare in questi roditori l'esistenza di parziali ectasie vasali che altra volta descrissi, e che alcuno tra i recenti osservatori ha negato: ma la formazione deciduale ha qui strettissimi rapporti coi vasi e le loro pareti. Le cellule deciduali sono disposte ad isole o ad ammassi separati l'uno dall'altro da sostanza finamente granulosa con rari leucociti. Nel mezzo di ciascun ammasso decorre un vaso o di calibro normale o lievemente ectasico. Esaminando sottili sezioni ben colorite, ed anco solamente con una buona lente a secco, si osservano attivissimi i fenomeni di moltiplicazione nelle cellule della parete vasale ed in quelle che più immediatamente sono a queste addossate, tanto che si resta molto colpiti che quivi sia da ricercare la origine degli elementi deciduali.

« Per questi fatti, pur concedendo e riconoscendo che gli elementi deciduali possono originarsi tanto dal connettivo che dai leucociti, deve riconoscersi uguale potere anche alle pareti vasali. Siccome però da queste differenti origini si formano elementi *nuovi* destinati ad una *nuova* funzione, poichè l'antica mucosa profondamente modificata o distrutta è sprovvista di qualsiasi ufficio, non è da porsi completamente da parte il concetto di *neoformazione*, che i classici studi di Ercolani, modificati ed ampliati dalle successive ricerche, posero sì chiaramente in evidenza. »

Dal *Monitore Zoologico italiano*, anno I, N. 1, 1890.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile*.

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XII. Luglio 1890. Num. 7.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO
Diretta dal Prof. Comm. Edoardo Porro

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
12 AUG 90
LIBRARY

Di una rara causa di presentazione podalica immutabile
E DI MORTE DEL FETO IN GRAVIDANZA

NOTA CLINICA

PEL DOTT. **ETTORE TRUZZI**
Primo Assistente nella R. Scuola Pareggiata di Ostetricia in Milano,
Docente libero in Ostetricia.

Gli avvolgimenti del cordone ombellicale attorno al corpo del feto hanno da gran tempo richiamato l'attenzione degli ostetrici, che volsero lo studio ai problemi riguardanti la frequenza di tale anomalia, il suo significato pronostico per riguardo specialmente alla salute fetale, il rapporto eziologico colle cosidette amputazioni spontanee intrauterine, i criterî clinici, che in gravidanza ed in soprapparto possono dar mezzo di diagnosticarla, infine la terapia ostetrica ch'essa può meritare.

Di più ai nostri giorni si è aggiunto nuovo interesse allo studio di questo argomento, in quanto il medesimo si collega coll'altra più moderna quistione delle *indicazioni della versione cefalica con manovre esterne in casi di presentazione dell' estremo podalico.* Ai cultori di cose ostetriche credo inutile rammentare le fasi della importante ed accalorata discussione, che si tenne in grembo alla Società Ostetrica e Ginecologica di Parigi negli anni 1887 e 88, dove i principî e le proposte favorevoli all'accennato intervento in gravidanza e in soprapparto ebbero

appoggio dal Porak, dall'Olivier, dal Doleris e sopratutto dal Loviot, mentre trovarono altrettanto vivace opposizione per parte di provetti clinici, come il Pajot, il Gueniot e lo Charpentier. È noto che dall'uno e dall'altro partito vennero messe in campo statistiche raccolte vuoi nelle cliniche, vuoi nella pratica privata e che il Loviot (1) ed il Corriez (2) cercarono con osservazioni pratiche di dimostrare come fosse persino possibile, se non praticamente opportuno, il risospingere, durante la gravidanza, l'estremo podalico già impegnato nell'escavazione pelvica, agendo sul medesimo attraverso lo spessore del segmento inferiore, coll'intera mano introdotta in vagina sotto cloronarcosi, spostando intanto colle consuete manovre esterne, ed occorrendo, coll'aiuto di un collega, i due poli fetali, e rendendo in tal modo possibile la operazione del Wigand anche in casi in cui l'estremo podalico fosse in donne primipare più o meno profondamente impegnato nel piccolo bacino.

Non è qui il caso di discutere se meritino maggior fiducia i pochi successi finora ottenuti, con queste modalità d'intervento profilattico od invece gli argomenti che vennero addotti a combattere queste stesse proposte, le quali a molti clinici parvero il portato di un'ostetricia poco prudente e soverchiamente attiva.

Voglio solamente con questa mia osservazione clinica aggiungere materiale allo studio di una quistione collaterale, che è però collegata molto intimamente coll'anzidetto problema di terapia ostetrica; quistione, che trovasi già sfuggevolmente accennata negli scritti del Mattei (3), che fu in seguito rievocata e svolta in recenti pubblicazioni da R. Lefour (4) e da Budin (5), e che può essere formulata nei seguenti termini: *quanta parte si deve concedere alla eventuale esistenza di circolari attorno al collo del feto ed alla conseguente brevità accidentale del funicolo come*

---

(1) Loviot. « De la version céphalique par manœuvres externes chez les primipares dans les présentations du siège engagé pendant la grossesse. » Paris, 1887.

(2) Corriez. « De la version par manœuvres externes dans les présentations du siège engagé. » Paris, 1888.

(3) Mattei. « Essai sur l'accouchement physiologique. » Paris, 1885, p. 185.

(4) Lefour. « Version céphalique par manœuvres externes dans les présentations pelviennes et circulaires du cordon autour du col fœtal. » *Archives de tocologie,* 1888, p. 524.

(5) Budin. « Présentation du siège. Tentatives infructueuses de version par manœuvres externes. Enroulement de la tige funiculaire autour du tronc. Insertion velamenteuse du cordon. » *Archives de tocologie,* Janvier 1890, p. 69.

causa di ostacoli alla esecuzione della operazione di Wigand nelle presentazioni pelviche e di pericoli materni e fetali negli insistenti tentativi della medesima.

Pochi tra gli autori di trattati ostetrici ricordano tra le cause di presentazione podalica l'esistenza di una o più circolari attorno al collo del feto, le quali, quando rendano molto breve il cordone e la placenta sia inserita verso la zona superiore uterina, devono trattenere la testa del feto verso l'alto e rendere difficile od impossibile nel corso della gravidanza la fisiologica evoluzione del corpo del feto. Eppure, come lo dimostrano il mio e parecchi altri congeneri casi, è questa una delle condizioni anatomiche, che, meglio ancora delle note anomalie di volume dei due poli fetali e di capacità del fondo e del segmento inferiore uterino, deve dar luogo ad una presentazione podalica definitiva, alla cui trasformazione non possano bastare nè le leggi dell'accomodazione nè le manovre di artificiale correzione. La bisogna corre ben diversa quando, anzichè di una brevità accidentale per avvolgimenti del cordone al collo del feto, si tratti di una brevità assoluta del medesimo: in allora, sempre nell'ipotesi che la placenta sia inserita nella metà superiore dell'utero, dovrebbe essere anzi relativamente facile e propizia agli interessi materno-fetali la versione cefalica, in grazia della minore distanza, che, specialmente a gravidanza poco inoltrata, separa l'inserzione addominale del funicolo dall'estremo podalico in confronto a quella, che corre dalla stessa inserzione al vertice fetale. Mi basti ricordare in proposito le valutazioni fatte da Devilliers (1) e confermate da altri, sulla differenza nel minimo di lunghezza che deve avere il cordone ombellicale, a norma che trattisi di presentazione cefalica o podalica, perchè il medesimo non arrechi ostacolo all'espulsione del feto; se si tien calcolo dell'abbassamento favorevole che subisce il fondo uterino man mano che il feto avanza nelle vie del parto, è ammesso che il funicolo debba avere almeno una lunghezza di 15 cm. in casi di presentazione cefalica, di 25 cm. invece per la presentazione dell'estremità pelvica. È facile, ripeto, comprendere come in casi di brevità accidentale del funicolo per circolari al collo le condizioni riescano tutt'affatto invertite. Così il

(1) Devilliers C. « Nouvelles recherches sur la brièveté et la compression du cordon ombilical. Recueil de Mémoires sur les accouchements et les maladies des femmes. » T. I, p. 127. Paris, 1862.

citato dott. Lefour ci narra come in due suoi casi, tra di loro molto analoghi, in cui il feto in presentazione podalica aveva l'estremo cefalico trattenuto verso il fondo uterino da due circolari al collo e da una conseguente brevità accidentale del funicolo, la forzata esecuzione della versione cefalica con manovre esterne ebbe a costare la vita ad uno di tali feti, mentre i soli tentativi di tale intervento furono causa nella seconda osservazione di distacco della placenta e di seria minaccia alla salute del feto. Il Budin a sua volta, in un caso in cui il funicolo di 37 cm. di lunghezza girava dietro il dorso fetale, passando pel cavo ascellare destro del feto e dirigendosi di là verso le membrane ovulari a circa 5 cm. dalla placenta, che era inserita al fondo uterino, non riescì in alcun modo a trasformare l'esistente presentazione podalica in cefalica e potè convincersi che avrebbe causato grave danno al feto e forse anche provocata una lacerazione dei vasi del cordone, che inserivasi in modo velamentoso, per poco che avesse voluto insistere negli intrapresi tentativi di versione cefalica con manovre esterne.

È inutile dire come casi di tal genere, riferiti lealmente da ostetrici, che pur caldeggiano la versione cefalica in gestanti con presentazione podalica, debbano recar danno al credito di un tale intervento ed intiepidire gli entusiasmi per una pratica, i cui pericoli devono preoccuparci tanto maggiormente, quanto minore è la possibilità di poterli prevedere.

È noto infatti come i criterî diagnostici circa l'esistenza di circolari del funicolo ombellicale siano in gravidanza e nel primo stadio del parto, cioè nell'epoca in cui la versione potrebbe essere indicata, assai più scarsi e mal sicuri di quanto non siano invece durante il periodo espulsivo. Mancano infatti, come segni diagnostici, la manchevole flessione della testa fetale — la retrocessione della parte presentata non appena cessi la contrazione uterina — il ritorno dell'occipite verso la sinfisi sacro-iliaca in certi casi di posizione occipito posteriore, in cui siasi tentato di imprimere artificialmente alla testa fetale il movimento di rotazione interna [Turgard (1)] — il dolore uterino parzialmente limitato alla stirata sede d'impianto della placenta — l'andamento irregolare delle doglie, l'eretismo uterino, come in casi di amministrazione di

(1) Turgard. « Sur un signe indiquant pendant le travail la présence de circulaires autour du cou du fœtus. » *Annales de gynecologie*. Maggio 1888, p. 360.

segale, e la conseguente lentezza del travaglio, caratteri, la cui importanza trovasi in particolar modo segnalata in un lavoro di Leith Napier (1) — le facili ed altrimenti ingiustificate sofferenze fetali — le frequenti perdite di sangue da precoce distacco placentare; manca inoltre la possibilità di poter eventualmente riconoscere l'esistenza delle circolari, sia spingendo la mano a sufficiente altezza nel canale del parto, sia ricorrendo alla manovra, che venne usata per la prima volta da Haake, alla esplorazione cioè della paziente per la via rettale ed alle indagini sul collo del feto attraverso il setto retto-vaginale. Vuolsi infine ricordare come le circolari attorno al collo del feto sieno inaccessibili alla palpazione attraverso le pareti addomino-uterine e come quindi non si possa sperare in quella rara contingenza, che fu registrata da taluni, come da Charrier e da Winckel, di poter rilevare colla palpazione un'ansa di funicolo, che attraversava in simili casi il dorso del feto. Così i migliori criteri diagnostici che si possono utilizzare in gravidanza si riducono a quelli ottenuti a mezzo della ascoltazione e cioè all'eventuale esistenza del soffio ombelicale ed al brusco rallentarsi, durante l'ascoltazione, del doppio battito dopo parecchie battute normali [Schatz (2)], nonchè al fatto stesso di una insistente difficoltà nella esecuzione della versione cefalica, quando la possibilità della stessa venga colle volute norme cimentata e l'insuccesso non trovi giustificazione in altre apprezzabili circostanze.

La lunghezza del funicolo potrebbe ovviare agli accennati inconvenienti; ma se è vero che tale anomalia si accompagna frequentemente all'altra delle circolari, anzi ne è causa disponente (come dimostra anche la osservazione nei mammiferi domestici, nei quali le circolari sono appunto assai più rare perchè il cordone ombellicale ordinariamente è corto), non mancano però, come osserva il Küstner (3), i casi in cui le circolari ebbero a verificarsi quando il funicolo era assai più breve del normale.

---

(1) A. D. Leith Napier. *Edimb. Med. Journal.* Maggio 1883 e *Centralb. fur Gynäk.* 1883. N. 43, p. 684.

(2) Schatz. « Ueber die schon in der Schwangerschaft u. in der ersten Hälfte der Geburt zu stellende Diagnose der Umschlingung der Nabelschnur. » *Archiv. für Gynäkologie.* Bd. XXV. Hft. 1, pag. 158.

(3) Otto Küstner. « Nabelschnurumschlingung. » — In: *Handbuch der Geburtshülfe,* herausgegeben v. Dott. P. Müller. Bd. II. Hft. 2, p. 778.

Il caso clinico, ch'io verrò ora esponendo, concorre con altri consimili a dimostrare come nei proposti tentativi di versione cefalica, a scopo sì diagnostico che terapeutico, l'operatore debba procedere colla massima prudenza e delicatezza; ed invero se, in base a questo mio caso ed a pochi altri congeneri, si deve ammettere che bastino delle cause tutte affatto spontanee a produrre in gravidanza un notevole rinserramento delle circolari, fino a cagionare la morte del feto, si comprende come in certi casi, in cui le circolari del funicolo siano già alquanto serrate, debbano bastare maneggi di versione anche limitati a portare grave nocumento alla salute del feto, e fors'anche a fare ingiusto sacrificio della sua esistenza.

Si potrà rispondere, a dir vero, che quanto non ha luogo in gravidanza, può seguire più tardi durante il parto, in cui, a placenta inserita alla metà superiore dell'utero, la discesa del feto, per quanto accompagnata da riduzione dell'ambito uterino, non può che esser causa di pericolosa struttura delle circolari. Ma allora una pronta estrazione del feto, la sezione precoce del funicolo, praticata anche, se occorre, nel canale vaginale [Rachel (1)], le sollecite manovre per la rianimazione del feto, possono in parte rimediare a quei danni, contro cui l'ostetrico si troverebbe affatto disarmato quando il feto venisse a soffrire in gravidanza oppure a travaglio appena iniziato.

Z. I., contadina, primipara *attempata* (35 anni), viene accolta nella Maternità di Milano, addì 6 febbraio 1890 e vi assume nella registrazione il N. 59. È semicretina, epperciò non può fornirci che scarse ed incerte notizie anamnestiche. Pare sia stata infermiccia nella sua infanzia, ma non per malattia dello scheletro; nell'età adulta fu colpita da malattia febbrile a lungo decorso (tifoide?), e più tardi da febbri palustri. La prima mestruazione, a quanto si ricorda la paziente, s'iniziò verso i 18 anni e si ripetè in seguito con periodo abbastanza regolare e senza speciali disturbi. La paziente è nubile ed assicura di avere avuto coabitazioni con un solo maschio affatto sano. Alla visita di accettazione nessuna particolarità ha richiamato l'attenzione della levatrice del comparto, salvo l'elevazione della parte presentata ed il volume piuttosto considerevole del ventre della gestante.

---

(1) Rachel. *Americ. Journ. of obstetrics.* Settembre 1884 — e *Archives de Tocologie,* Novembre 1884, pag. 943.

Quando verso la una antim. del giorno 17 s'iniziarono i dolori del parto, l'esame della donna diede i seguenti risultati: soggetto anemico, alquanto denutrito; scheletro abbastanza ben conformato, senza traccie di rachitismo; *nessuna apprezzabile manifestazione di lue celtica;* condizioni anatomo-fisiologiche degli organi toracici affatto normali. Addome notevolmente sviluppato (circonferenza ombellicale 102, sottombellicale 100, distanza dal pube alla punta sternale 46 centimetri, dal pube al bellico 25, dal fondo uterino al bellico 16). Alla palpazione l'utero si dimostra teso quasi a permanenza; alla regione ipogastrica, mobile sullo stretto superiore, si avverte l'estremo podalico del feto, in alto e verso destra il cefalico, a sinistra il dorso fetale. Ascoltazione negativa. Al riscontro digito vaginale si trova: segmento inferiore uterino leggermente imbutiforme, collo scomparso, orificio esterno dilatato a 2 cm., membrane integre tese quasi a permanenza, presentazione elevata, ballottabile. Alle ore 7,50 antim. essendo le doglie piuttosto languide ed infrequenti, la dilatazione di 5 cm., il contorno dell'orificio piuttosto cedevole, si pratica mediante stiletto la puntura precoce delle membrane ed in circa un'ora di tempo si ottengono, a scolo silenzioso, 1600 gr. di acque amniotiche, tinte intensamente in verde scuro. Dalle 8,15 s'erano intanto iniziate contrazioni espulsive, per opera delle quali la parte presentata (ovoide podalico completo S. I. S. A.) fissavasi e scendeva con bastante facilità nella piccola pelvi. Verso le 9,15 antim. la medesima appariva al pudendo esterno, da cui alcune dolorosissime contrazioni fecero ben presto emergere fino alle spalle il tronco di un feto in istato di avanzata macerazione. Poi, a malgrado persistesse una contrazione uterina quasi continua, si arrestò d'un tratto il progresso del feto; il funicolo era notevolmente stirato, nè era possibile allentarlo ad ansa; avanti reciderlo, si provò una modica espressione uterina e qualche trazione sulla nuca e sulla mandibola fetale e con ciò facilmente si ottenne l'uscita della testa fetale, a cui, *trascinata dal funicolo, sovrastava immediatamente la massa delle secondine.* La perdita di sangue era minima: l'utero ben contratto e retratto. Il puerperio seguì affatto regolare, tantochè in XIV^a^ giornata la donna lasciava la Maternità in buone condizioni.

Il feto, di sesso femminile, pesava 2500 gr. ed era lungo 45 cm., (23-22). Anche i diametri cefalici erano di pochi mm. inferiori a quelli di feto a termine; delle circonferenze la grande misurava 36. 5 cm., la media 33, la piccola 31 cm. I caratteri della esistente macerazione fetale, come il grado di mobilità delle ossa craniche, di colorazione rosea della cornea e dei mezzi trasparenti dell'occhio salvo il cristallino, di appiattimento del torace, di allargamento dei fianchi, di distacco dei lembi di epidermide, riproducevano con molta approssimazione il quadro descritto da Sentex pei feti che vengono espulsi dopo circa otto giorni

dalla data della loro morte intrauterina. Il cordone ombellicale, partendo dalla sua inserzione alla parete addominale circuiva il fianco sinistro (veggasi l'unita figura, dove però per la riproduzione in foto-incisioni Turati la metà destra del disegno corrisponde alla metà sinistra del feto) e risalendo obbliquamente lungo il dorso passava sotto il cavo ascellare destro e di là alla metà sinistra del collo, intorno al quale si avvolgeva per un giro e mezzo per poi, rasentando la regione occipitale, portarsi verso la placenta. In questo suo decorso il cordone ombellicale stringeva fortemente le parti molli fetali, marcando su di esse, specialmente al fianco ed all'ascella, un solco piuttosto profondo. Infiltrato di sierosità rossastra, quasi affatto privo di torsioni, il funicolo era anche per molta parte del suo tragitto fortemente appiattito, più succulento e più tumido verso il suo estremo placentare, che non verso l'inserzione ombellicale; era lungo nella sua totalità 55 cm., dei quali circa 16 erano impiegati dalla semi-circolare lungo il tronco fino all'ascella, altri 26 a partire dal cavo ascellare per una circolare e mezza attorno al collo, ed i residui 13 dalla nuca fetale alla placenta. Quest'ultima inserita alla parte più elevata della zona media uterina offriva i comuni caratteri propri allo stato di macerazione ed appariva per di più leggermente infiltrata, edematosa; aveva una circonferenza di 55 cm., un diametro massimo di 19, uno minimo di 13; pesava colle membrane 350 grammi; il funicolo vi si inseriva quasi centralmente: il numero dei vasi di quest'ultimo era tutt'affatto normale; l'amnios era in tutta la sua estensione colorato in verdastro per meconio.

Per quanto apparisse evidente la causa dell'avvenuta morte del feto nella esistenza di circolari multiple e fortemente serrate attorno al corpo fetale, per quanto la madre non ci presentasse alcuna traccia di infezione celtica, nè ci risultasse che quest'ultima potesse avere nel feto un'origine paterna, non volli omettere l'autopsia del bambino allo scopo di escludere con qualche maggiore garanzia il sospetto di morte fetale per causa di sifilide. Il timo, i polmoni, la milza ed il fegato, questi quattro organi che sono sede prediletta della sifilide fetale, non ci offrivano, almeno all'esame macroscopico, che le alterazioni, specialmente cromiche, proprie alla semplice macerazione. La scarsa sierosità sanguinolenta delle cavità pleurica e peritoneale non conteneva traccia di fiocchi biancastri, nè s'accompagnava a deposizioni fibrinose, a pseudomembrane sulla superficie dei visceri, il cui rivestimento sieroso non mostrava traccia alcuna d'ispessimento infiammatorio (peritonite fetale sifilitica). Anche il rapporto di Ruge era negativo, essendo anzi la milza meno pesante (gr. 6. 2) rispetto al peso del corpo, di quanto comunemente si osservi in feti non sifilitici, anche se macerati. Infine alla sezione di alcune ossa lunghe degli arti (i due omeri, i due femori, le due tibie), non appariva traccia delle lesioni caratteristiche di qualcuno dei tre stadi descritti dal

V TURATI inc.

Wegner per la osteocondrite sifilitica congenita; la zona di Guerin era sottile, uniforme, punto allargata, nè a direzione irregolare, spezzata, senza alcuna caratteristica projezione verso l'ossatura o verso la cartilagine epifisaria, senza placche di necrobiosi. Non pensando all'opportunità di una pubblicazione su questo caso clinico all'epoca in cui lo presi in esame, e d'altra parte sembrandomi già palese e sicura la causa della morte del feto, omisi allora l'importante esame istologico dei parenchimi viscerali, del tessuto placentare, delle pareti della vena ombellicale. Più tardi ripensando a questa storia clinica ed all'interesse che poteva ancora presentare sopratutto in riguardo alle accennate quistioni sulla prognosi della versione cefalica, decisi pubblicarlo, sembrandomi che l'accennata lacuna non bastasse a togliere interamente valore alle interessanti particolarità del caso clinico.

Volendo ora ricostruire nei suoi dettagli il meccanismo patogenetico, giusta il quale deve essere, a mente mia, avvenuta la morte intrauterina del feto, si può ammettere che le circolari del funicolo, formatesi ad epoca non conosciuta di gravidanza, fossero rimaste fin verso il principio del nono mese abbastanza lasse da permettere un regolare sviluppo del feto, il quale però per la brevità accidentale del cordone era trattenuto forzatamente in presentazione podalica. Più tardi, per movimenti del feto, o per altra qualsiasi causa, gli avvolgimenti si saranno fatti un poco più serrati attorno al feto; ed allora — come avvenne nel caso del Chiara (1) in cui una circolare molto stretta al piede del feto produsse, per ostacolo alla circolazione feto-placentare, edema della placenta, abbondanza notevole di liquido amniotico, anasarca e morte del feto — è probabile che la remora nella circolazione della vena ombellicale sia stata causa di quel rilevante aumento di acque amniotiche, che venne a verificarsi verso gli ultimi tempi della gravidanza. Io credo anzi che in molti casi in cui l'idramnios venne creduto causa disponente alla produzione delle circolari, il medesimo doveva invece ritenersi una tarda conseguenza delle medesime, quando l'eventuale loro rinserramento portava ostacolo alla circolazione feto-placentare. L'idramnios a sua volta doveva nel mio

---

(1) CHIARA, « Un caso di anasarca del feto complicante il parto. » *Riforma Medica*, 1886, N. 102-103.

caso aggravare la situazione, perchè discostava dal feto la parete uterina e quindi anche la placenta, mentre a sua volta il feto, per essere a questa epoca più pesante del liquido, doveva intanto abbassarsi verso la parte inferiore dell' utero. Così i due estremi del cordone, il placentare ed il fetale, venivano ad essere stirati in senso opposto, per modo che il rinserramento delle circolari doveva farsi sempre più grave fino ad esser causa della morte del feto. La assenza di edemi nell'organismo di quest'ultimo trova forse ragione nella possibilità che la compressione dei vasi del cordone sia stata maggiore per la vena, che non per le arterie ombellicali e quindi la stasi sia stata prevalentemente placentare, anzichè fetale.

Due casi abbastanza analoghi in questa stessa Maternità vennero osservati dal Dott. Casati nel tempo in cui era secondo assistente alla medesima; in uno di essi il feto, che presentavasi pure per le natiche, aveva cinque giri di funicolo attorno al collo, ed espulso in istato di asfissia apopletica, cessò di vivere pochi minuti dopo la nascita. Nell'altro caso « il cordone faceva tre giri strettissimi intorno al collo del neonato, quindi scendendo al davanti del torace del bambino a guisa di tracolla passava sotto l'ascella destra per risalire al collo e scendere in senso opposto colla stessa direzione al disotto dell'ascella sinistra e girando una volta circolarmente intorno al tronco del bambino, che nacque morto con notevoli infossature alla cute lungo l'andamento segnato dal cordone ombellicale, che era inoltre assottigliato e considerevolmente stirato alla di lui inserzione all'ombellico » (1).

L'uscita della placenta col feto, sulla cui testa, come nel mio caso, dessa sovrastava a modo quasi d'ombrello, venne osservata, ad epoca già molto remota, da Nicola Hoboken (2), nel cui caso il funicolo faceva quattro giri attorno al collo fetale, diventando così, con grave pericolo per il feto, accidentalmente breve. Merita pure di essere menzionato un caso relativamente recente di G. F. Harvey (3) in cui esistendo brevità del cordone per molteplici circolari attorno al collo fetale, avvenne emorragia grave per distacco placentare in seguito a tentativi di estra-

---

(1) Casati. « Prospetto clinico della R. Scuola di Ostetricia in Milano per l'anno 1865. » Milano, pag. 57.

(2) Hoboken. « Anatomia secundinæ humanæ. » Ultrajecti, 1675. Cap. II, p. 98.

(3) Harvey. *Medic. Record.*, 2 ottobre 1886 e *Repertoire Universel d'Obstetrique, etc.*, 1887, p. 388.

zione del feto mediante forcipe; il parto fu ultimato col rivolgimento e si vide la placenta uscire a ridosso quasi della testa fetale, stante l'estrema brevità del cordone ombellicale.

In un caso invece osservato da Doleris, in cui il feto presentavasi per il vertice, erano vincolati alla placenta i piedi del feto circuiti da molteplici e curiosi avvolgimenti, che, secondo scrive l'A. trattenevano il feto come sospeso al fondo uterino (1).

Distacchi parziali e più o meno estesi di placenta in soprapparto e conseguenti emorragie vennero osservati da parecchi autori: ad esempio, dal Mauriceau, il quale nelle dodici osservazioni che ci lasciò di avvolgimenti del funicolo attorno al corpo del feto riferisce come in due casi (Osservaz. 585, e 687) ebbe a notare per tale circostanza emorragie assai gravi in soprapparto (2). Nel mio caso invece le modificazioni utero-placentari indotte dalla morte fetale tolsero il pericolo dell'emorragia, malgrado il brusco distacco di tutta la placenta all'uscire del feto.

Alla dibattuta quistione del significato pronostico delle circolari del funicolo non si può negare un rilevante valore pratico, quando si pensi da una parte alla considerevole frequenza, onde questa anomalia figura nelle statistiche, e dall'altra allo svariato meccanismo, secondo il quale le circolari possono essere causa di sofferenza fetale. Ed invero, se si vuole anche prescindere dalla ipotesi non ancora assodata, che la compressione del collo fetale per opera di circolari possa essere causa di arresto del cuore per pressione sul vago (Tanhofer), se anche non si tien conto di quegli accidenti, come il precoce distacco della placenta, l'inversione uterina, la lacerazione del cordone ombellicale, che sono comuni alla semplice brevità di quest'organo, noi possiamo concepire i danni causati al feto per opera delle circolari, considerando specialmente questi tre momenti eziologici:

la compressione dei vasi del collo fetale,
la compressione dei vasi stessi del funicolo,
la stenosi dei medesimi per esagerato stiramento e brusche inflessioni del cordone ombellicale.

---

(1) Doleris. » Note sur un cas singulier d'enrouchement du cordon ombilical. » *Archives des tocologie* Paris, 1880, p. 107.

(2) Mauriceau. « Observations sur la grossesse et sur l'accouchement. » Paris, 1695.

Fu il Sänger che sostenne con maggiore impegno l'ipotesi già ammessa di una dannosa pressione, massime durante il travaglio, per opera delle circolari sui vasi sanguigni del collo fetale. Nel 1879 l'A. pubblicava un interessante caso clinico, in cui per colpa di un'unica circolare attorno al collo era avvenuta in soprapparto la morte del bambino: all'esame del feto la esistenza di un solco ecchimotico al collo, il gonfiore e la cianosi della faccia, la sporgenza della lingua, la marcata stasi venosa con molteplici stravasi sanguigni nel tessuto cellulare sottocutaneo, nei muscoli della testa e del collo, l'edema del cervello e della glottide indussero il Sänger nella convinzione che la causa del decesso fetale non dovesse cercarsi in una eventuale impermeabilità dei vasi ombellicali, bensì nella pressione stessa esagerata, che il funicolo durante il parto aveva esercitato sopra i vasi del collo (1). Su tale idea, che alla seduta 18 novembre 1878, della Società Ostetrica di Lipsia, trovò opposizione per parte di Ahlfeld (2), insistette anche più tardi il Sänger, che alla seduta 16 dicembre dello stesso anno riferiva di un altro caso di vero strangolamento del feto per colpa di una circolare attorno al collo del medesimo. Anche in questo caso all'autopsia del cadaverino si trovarono nel cervello, nelle meningi, nei tegumenti del cranio e della faccia numerose chiazze emorragiche, la cui produzione era però in questo caso favorita da coesistente diatesi emorragica (sifilide emorragica di Behrend). Il Sänger assicura di avere in più casi riscontrato attraverso la borsa amniotica uno stato edematoso della testa fetale, da non altro motivato che da compressione dei vasi del collo (3). Devesi anche aggiungere in appoggio a questi concetti che, ove l'ostacolo alla circolazione feto-placentare avesse davvero unicamente a risiedere nei vasi stessi del funicolo, e sopratutto nella vena ombellicale, dovrebbe verificarsi con estrema frequenza, come osserva il Fraenkel, quella istessa tumefazione all'estremo placentare del cordone, che rivela la stasi della vena ombellicale in quel tratto della medesima che dal

---

(1) SANGER. « Zur Frage v. der Nabelschnurstrangulation unter der Geburt. » *Archiv f. Gynäk.*, Bd. XIV, Hft. I, pag. 90 e *Centralb. f. Gynäk.*, N. 7, 1879, p. 175.

(2) « Mitheinlungen aus der Gesellschaft f. Geburtshülfe in Leipzig. » Sitzung am 18 Novem., 1878. In: *Archiv. f. Gynäk.*, Bd. XIV, Hft. 2, p. 312.

(3) SANGER. « Ueber einen weiteren Fall v. Nabelschnurstrangulation mit Demonstration der betreffenden Leiche. » In: *Archiv f. Gynäk.*, Bd. XIV, Hft. 2, p. 320.

punto di ostacolo va alla placenta; tumefazione, che venne notata e descritta da Dohrn in un caso, in cui la stasi della vena ombellicale era devoluta non a circolari ma a torsione esagerata del cordone (1). Perciò il Fraenkel, avendo pure in un suo interessantissimo caso (2) notata la mancanza del rigonfiamento di Dohrn nella porzione placentare del funicolo, ammette che nel suo caso, come in quelli riferiti da Sänger, la morte del feto sia da ascriversi anzitutto alla compressione dei grossi vasi e nervi, che attraversano il collo del medesimo.

Per quanto poi riguarda la pressione che possono subire i vasi del funicolo, merita di essere ricordata una teoria sostenuta da E. F. Fabbri, teoria di recente richiamata in onore dall'illustre Prof. Tibone (3), secondo la quale le circolari al collo potrebbero risentire una pericolosa pressione tra la nuca ed il dorso fetale, per il solo fatto di una esagerata estensione della testa in casi di presentazione di faccia, come pure in corrispondenza alla regione anteriore del collo per colpa di un esagerato movimento di flessione della testa del feto quando trattisi di presentazione di vertice (4). Alle osservazioni cliniche del Dott. Fabbri andrebbe aggiunto un caso abbastanza recente di Th. Schmidt (5), nel quale l'A. sensa citare il nome dell'ostetrico italiano, invoca l'identica sua teoria, la possibilità cioè di una compressione del funicolo tra occipite e colonna vertebrale cervicale, a spiegare l'avvenuta morte in esordio di travaglio, senza alcuna apprezzabile ragione, di un feto a termine, in presentazione di faccia, che fu poi partorito spontaneamente; la donna era primipara, a pelvi normale, ed il funicolo, lungo un metro, faceva avvolgimenti al collo del feto, passando anche sotto le cavità ascellari del medesimo. Quanto alle circolari attorno al tronco fetale ritiene il Küstner non essere necessario, che le circolari del funicolo,

---

(1) Dohrn. *Monatschrift f. Geburtskunde.* Bd. XVIII, p. 156.

(2) Fraenkel. « Uber verzeitingen intra-uterinen Fruchttod durch Strangulation eines Zwillingsfœtus durch seinen eigenen Nabelstrang, etc. » *Centralb. f. Gynäk.* 1883, p. 33.

(3) Veggasi in proposito: Tibone. « Contributo allo studio delle cause della morte del feto nel corso del sopraparto. » Atti del XII Congresso dell'Associazione medica italiana. Vol. I, pag. 547.

(4) E. Federico Fabbri. « Compressione del funicolo ombellicale avvolto al collo e considerazioni sul meccanismo del parto nelle posizioni posteriori. » *Bullettino Scienze Mediche.* Bologna, 1872, Vol. 13, pag. 305.

(5) Th. Schmidt (Praga). « Uber einem Fall v. Nabel schnurumschlingung bei Gesichtslage. » *Prager Zeitsckrift f. Heilkunde,* Bd. X. Hft. 3 e *Centralb. f. Gynäk.* 1889, N. 37, p. 651.

per subire durante il travaglio una dannosa compressione, debbano corrispondere, come è ammesso da Jörg, a qualche parte dura e prominente di feto, come la scapola, l'omero, il sacro, per modo che il funicolo debba venir laminato tra queste e la filiera pelvica materna: il funicolo ombellicale, come osserva giustamente l'ostetrico di Dorpat, è un organo tanto delicato e compressibile, che anche la sola sua interposizione durante il travaglio tra le parti molli del feto e quelle della madre può dar luogo ad ostacoli della corrente sanguigna nei lunghi e sottili vasi che vi decorrono.

Questa stessa insufficiente resistenza dei tessuti del funicolo ci spiega infine come possano gli stiracchiamenti, le brusche inflessioni, l'appiattimento e la forzata applicazione di quest'organo a ridosso delle parti fetali, dare origine al fenomeno di una stenosi accidentale del lume dei vasi sanguigni e concorrere cogli accennati due fattori a causare sofferenze all'organismo del feto.

Contro infatti le idee troppo ottimiste di parecchi autori dai tempi di Berengario da Carpi fino ai nostri giorni, sta il responso di diverse statistiche, come quelle di Veit, di Mayer, di Hecker e di altri. Il primo di questi avrebbe infatti riscontrato che i disturbi nel processo di respirazione fetale sarebbero da 2-3 volte più frequenti in casi di esistente circolare, che non a condizioni normali di situazione del funicolo (1). Hecker sopra 383 bambini nati con circolare trovò che sei erano venuti alla luce in istato di macero-putrefazione, che altri due erano venuti in istato di morte e 21 di asfissia (2). Mayer nella sua raccolta di 685 casi di circolari attorno al feto ebbe a riscontrare 72 volte uno stato di morte apparente del neonato e 18 volte per il fatto stesso delle circolari (3).

Tra noi poi il dott. Gaetano Antonini, riferendo di 363 casi di avvolgimento del funicolo attorno al collo fetale osservate nella Clinica Ostetrica di Padova, narra come 44 bambini presentassero segni di apoplessia, la quale in 51 dei medesimi pareva non ad altro legata se non all'esistenza

---

(1) Weit. « Ueber die frequenz der Nabelschnurumschlingungen. » *Monasch. f. Geburskunde.* Bd. XIX, p. 290, 1862.

(2) In: « Handbuch der Geburtshülfe, herausg. v. Müller. » Bd. II, Hft. 2, p. 778.

(3) Mayer. « De circumvolutione funiculi umbilicalis fœtus vitæ hand raro infestis. » Heidelberg, 1842.

di tale anomalia (1). Del resto prescindendo anche da tali statistiche, che potrebbero in qualche modo prestar fianco alla critica, ogni ostetrico ricorderà nella sua pratica di aver osservato casi, in cui allo scendere della testa fetale sul perineo, d'improvviso, senza che si avesse un eccessiva forza e frequenza delle contrazioni, nè altra qualsiasi causa di asfissia fetale, il doppio battito si fece profondamente alterato nei suoi caratteri ed impose d'urgenza un intervento, del quale poi al nascere del bambino non si trovò in apparenza una convincente giustificazione; quest'ultimo coll'istessa sorprendente rapidità con cui s'era fatto in travaglio molto sofferente, potè, appena estratto, riaversi e vagire fortemente: una o più circolari, diventate più strette col progredire della testa fetale nelle vie del parto, erano l'unica ragione di questi rapidi e fugaci perturbamenti nella condizione di ematosi fetale.

Chiuderò questa nota clinica, ricordando come il dott. King di Washington, in un suo lavoro pubblicato sull'argomento nel 1887 (2), dopo aver lamentata la scarsa importanza che nei moderni trattati si suol concedere alle circolari del funicolo ed alla brevità del medesimo come causa di distocia, consigli tra altro di far partorire la donna in posizione genuflessa, oppure assisa, oppure accoccolata, nell'intento di permettere che l'utero col suo contenuto possa per gravità abbassarsi alquanto, così da abbreviare la distanza tra i due estremi del funicolo e diminuirne con ciò il pericoloso stiramento. Una simile proposta, come ricorda l'A., era stata già fatta dal Denman nel 1832.

---

(1) Antonini. « Cenni statistici intorno alle irregolarità riferibili alla gravidanza, tratti dalla Clinica Ostetrica di Padova, diretta dal prof. Pastorello. » Padova, 1864.

(2) King. *Journal of the Americ. med. assoc.*, 1887, p. 398 e *Centralb. f. Gynäk.*, 1888, p. 315.

Delle operazioni cruente per cura della retroflessione dell'utero

e specialmente delle operazioni di Alexander e di Olshausen

CONTRIBUTO CLINICO

del Dott. ARTURO BOMPIANI

L'operazione di Alexander, cioè la recisione dei legamenti rotondi per fissare l'utero retroverso o flesso in antiversione, ebbe rapida diffusione in Inghilterra ed in America, poca in Francia e quasi nessuna applicazione in Germania, che in ciò è stata da noi troppo ligiamente imitata. Per tale proscrizione tacita ed ingiusta che le si è data, mi piace mostrare il risultato di undici operazioni di Alexander da me eseguite, e discutere l'opportunità di indicazione dell'operazione stessa, in confronto con altri processi operativi.

Il fatto che sempre vivo si mantiene il dibattito sul trattamento dei vizii di posizione in dietro dell'utero, mostra che le varietà di forma e di grado sono molte, che i turbamenti di nutrizione indotti nell'utero dall'alterata posizione sono di diversa natura e che i riflessi sui centri nervosi con prevalente espressione sul tubo digerente sono svariatissimi.

Perciò sarebbe pretesa ardua se non impossibile a raggiungere, il voler stabilire leggi comuni di trattamento uniforme per tutte le retroversioni e flessioni dell'utero. Tanto più che non è ancora accumulato da alcuno un materiale statistico, il quale ci dica quale sia il trattamento migliore e per effetti duraturo di tale vizio, e il quale ci metta in confronto per classi i gradi della deviazione, i disturbi locali e generali e i rimedi più corrispondenti.

Vi sono retroflessioni non avvertite dalle donne che le portano; ve ne ha che si correggono con un tampone idrovoro applicato nel fornice

posteriore; altre si tolgono completamente o se ne mitigano i fenomeni locali e riflessi mercè l'applicazione di pessario. Finalmente molti casi restano ancora ribelli affatto ad ogni trattamento protetico ed abbisognano di essere operati; forse non tutti, con le operazioni stesse che fissano l'utero in avanti, guariscono.

I casi che finiscono per essere operati sono quelli che hanno stancato molte volte l'inferma e molti curanti dopo perseveranti e varie applicazioni medicamentose. Questi casi sono tali perchè i legamenti di sospensione ed i piani di sostegno dell'utero non hanno più alcun tono, nè sono suscettibili di riprenderlo nonostante energiche e ripetute eccitazioni (doccie calde, faradizzazioni, massaggio). In questi casi l'utero è grosso, pesante e floscio, e per quante volte raddrizzato nel suo asse non ha forza di mantenervisi, si piega in due porzioni, cadendo il fondo indietro. In altri casi alle sopra annunciate condizioni si aggiungono aderenze posteriori, relitti di processi infiammatorii peri e parametrani che impediscono all'utero di elevarsi anche se sia stirato con la sonda (Bantock) o con manovre speciali (Schultze e Brandt). Per questo genere di retroversio-flessioni va discusso quale operazione si attagli fra le cruente.

I.

Fra le operazioni cruente se ne eseguono con processi vaginali alcune, e con processi addominali o esterni o interni altre. Dei processi vaginali sono notevoli quelli di Rabenau e Schücking.

Il Rabenau faceva un'alta escissione del labbro anteriore, allo scopo di accorciare la parete anteriore dell'utero che nella retroflessione è più lunga, e di ottenere per retrazione cicatriziale che la parete anteriore da convessa divenisse concava, e viceversa la posteriore. Il Peltzer, già suo assistente, pubblicò questo processo postumo dell'autore nella *Berl. med. Klin. Wochenscrift,* 1886, N. 18 — e riportò i sei casi da quello operati. Di questi quattro sono assolutamente peggiorati, due sono rimasti mediocremente; in tutti però, si sono notate stenosi con dismenorree conseguenti notevoli, e disturbi nell'orinare.

Schücking si propose di fissare l'utero verso il fornice vaginale anteriore, allo scopo di accollare la sierosa della parete anteriore dell'utero

con la parte più profonda della piega vescico-uterina e possibilmente di accollare fra loro le pareti anteriori del corpo e del collo.

Il processo è il seguente (*Ctrbl. f. Gyn.*, 1888, N. 12, pag. 181): Si serve di un ago lanceolato a cruna aperta, nascosto in canula, curva poco più di un'ordinaria sonda uterina.

Riduce l' utero in antiversione, introduce nella cavità uterina l'ago con la lancia nascosta ed armato di grosso filo di seta. Fa tenere la vescica spinta in alto e a sinistra con catetere, e l' utero stirato per il labbro anteriore con pinza Muzeux in basso a sinistra ed indietro, così che il fondo si mantenga in avanti e a destra. Allora egli spinge con un dito il fornice vaginale anteriore contro il fondo dell' utero, assicurandosi che non vi sieno intestini nella piega vescico-uterina. Spinge l' ago che trafiggendo la parete anteriore dell' utero, passa con la sua lancia nel fornice vaginale anteriore; afferrato il filo, l' ago si ritira. I due capi del filo, uno vaginale anteriore, l' altro che pende dalla bocca dell' utero, sono strettamente annodati. Ghiaccio sul ventre, jodoformio in vagina. Pochi dolori, nessuna reazione febbrile. Nella prima operata tolse il filo al sesto giorno e tamponò la vagina per sostenere l' utero. Al 14.mo giorno l' utero era di nuovo retroverso e l' autore, crede, per aver rimosso troppo presto la medicatura.

In un secondo caso, tolti i i punti al 14.mo giorno, l' utero si mantenne fortemente antiflesso.

Più tardi (ibidem, N. 35, p. 561) narra che ha trattato con successo altri 10 casi di retroflessioni e riferisce la storia di due notevoli casi di prolasso totale dell'utero, nei quali il successo fu egualmente splendido, essendo l'utero rialzato e scomparso il cistocele.

Nel congresso dei naturalisti e medici tedeschi tenuto a Colonia nel settembre 1888, avanti la sezione ginecologica, lo Schücking presentati i resultati dei 14 casi, dei quali il più antico datava da un anno, descrisse il sopra riferito processo operativo. Aggiunse che l' allontanamento del filo di seta avviene dal 9.° al 14.° giorno nei casi di retroflessione e dopo tre settimane nel prolasso dell' utero. Il filo aveva sempre tagliato il labbro anteriore del collo e la parete vaginale; lo stesso dev'essere avvenuto nel fondo. La parete retrostante al filo riguarisce. La consistenza lineare della cicatrice spiega l'intimo accollamento della parete del corpo uterino con il peritoneo applicatole contro. Si può ammettere che tale cicatrice arrivi dall'altezza del fondo dell'utero

alla piega di riflessione vescico-uterina a livello dell' orificio interno. (*Arch. f. Gynäkologie*, XXXI, 2.° 1888, p. 313).

Concesso che sia facile evitare di perforare un' ansa intestinale nella piega vescico-uterina, e che una ferita di questa o della parete vescicale posteriore sia senza pericolo e la ferita cicatrizzi bene senza fistole, mi pare che l'operazione pecchi sempre nel principio. Se l'utero s'inclina indietro, e per il proprio peso si flette, mancandogli le sospensioni in avanti dei legamenti rotondi, indietro degli utero-sacrali ed in basso il sostegno vagino-perineale; non s' intende come l'adesione alla parete posteriore della vescica deve obbligare l'utero in alto ed in avanti. Perchè la vescica si lascia distendere molto e la parete sua posteriore si lascia stirare indietro. Ancorchè dopo l'operazione resti un utero antiflesso non sarà perciò meno retroverso, e le molestie allora non saranno diminuite. Di più se l' operazione è indicata nei veri prolassi di utero con cisto e rettocele, non si vede come per l' operazione di Schücking l'utero sia rialzato ed il cistocele debba scomparire, molto meno poi il rettocele. Anche in tal caso l'utero potrà per cicatrice divenire anteflesso, ma resterà sempre abbassato e la vescica che nel prolasso d'utero forma due cavità una sopra e l'altra sottopubica, non s'intende come deva modificare la sua configurazione e riavere una sola cavità e soprapubica.

Nessuna trazione in alto per l'operazione di Schücking è subentrata a vincere l'azione del peso dell'utero prolassato e dell'urina che riempie per gravità la saccoccia inferiore della vescica. — Pure, non negando fede ai successi narrati dall'autore, non v'è spiegazione razionale che ne persuada. L'esperienza di altri operatori è da vedersi ancora.

Allo stesso Congresso, nella discussione di tale argomento, lo Schmidt espose un suo processo, da lui già da parecchi anni praticato. Lo descriverò sommariamente per la storia dei tentativi di cura della malattia in discorso. Egli incideva il fornice vaginale anteriore con linea semilunare concava sul collo, alla stessa guisa che si fa per separare dalla vescica il corpo dell'utero nell' operazione di estirpazione totale vaginale del viscere. Denudato il ginocchio di flessione, vi escide un cuneo che abbia l'apice all'orificio interno ed una base che tolga 1 1[2 cm. di tessuto in alto del corpo, in basso del collo dell' utero. Sutura le due superfici cruentate, operazione dallo stesso autore detta difficile, e ricuce i parametri. Nella sua operata la riunione avvenne per prima e l' ammalata ebbe in seguito un utero anteflesso. Dato che il collo si porti troppo

all'innanzi, bisogna fare una fenditura vaginale in direzione sagittale e suturarla per avere una trazione successiva in senso contrario. Questa stessa correzione suggerita dall'autore, mentre mostra l'errore dell' operazione non lo corregge; perchè il male non consiste nell'avere il collo tirato troppo in avanti, ma nell'avere stabilito un'antiflessione ad angolo così acuto, che il danno è uguale per la circolazione uterina e per la stenosi possibile dell'orificio interno, a quello conseguente ad una grave retroflessione. Infatti il Frank (ibid.) dice di avere da tre anni praticate parecchie di tali operazioni senza alcun buon successo finale.

II.

In tutti gli enumerati processi, del metodo vaginale, il resultato è stato insufficiente perchè mancava il fatto principale, la sospensione dell'utero e la sottrazione di questo alla pressione intraddominale.

Già Alquiè nel 1840, come è riferito da Tillaux (*Traité d'Anat.* II, p. 870), propose di accorciare i legamenti rotondi per guarire il prolasso. Aran trovò che tale operazione sarebbe stata adatta per la cura della retroversione. Freund ebbe uguale idea e provò l' operazione sul cadavere (Fritsch, *Spostamento dell' utero,* II, p. 348, nella enciclopedia di Pitha e Billroth). W. Alexander di Liverpool nell'aprile 1882, pubblicò sul *Med. Times and Gaz.*, la storia di 4 casi di *accorciamento dei legamenti rotondi per cura* delle retroflessioni dell'utero. Nel giugno dello stesso anno sul *Glasgow med. Journ.*, l'Adams rivendicò a sè la priorità dell'idea, per avere fatto gli esperimenti sul cadavere un anno e mezzo avanti. L' avere dimostrato la possibilità dell' operazione, descrittone il processo e riferitone i buoni risultati sul vivo ha assicurato ad Alexander il merito di avere introdotto in chirurgia una nuova operazione, utile, che ne porta il nome. In un'altra pubblicazione (1) l'Alexander descrive con precisione il processo operativo, ed a prova dei buoni risultati porta 22 casi propri, 4 del dott. Lediard di Carlisle, porta le conclusioni del dott. Imlack sulla pratica di 15 casi; ed il risultato di 6 altri felicemente operati dal dott. Burton.

---

(1) « The treatment of backward displacements of the uterus and of prolapsus, by new method of Shortening the round ligaments by W. Alexander. » 1884, London, F. et A, Churchill.

Riassumo per sommi capi la descrizione del processo. Una incisione lunga uno o due pollici; parallela al tragitto inguinale, diretta dalla spina pubica in alto ed in fuori, approfondita fino a scoprire il tendine dell'obliquo esterno. *La spina pubica, le fibre oblique che incrociano l'anello addominale esterno ed il zaffo di grasso che protrude al suo estremo interno,* sono i punti di ritrovo per scoprire l' estremità del legamento rotondo. Scoperta, è isolata e sollevata da un ago portafilo d'aneurisma. Trazione leggiera del legamento e scollamento di questo dai tessuti circostanti. Assicurata la scorrevolezza dei legamenti rotondi, raddrizzamento dell' utero con la sonda mantenuta poi fissa da un assistente. Per la posizione da dare all'utero l'autore si limita nella retroflessione a mettere l'utero nella sua posizione normale mentre nel prolasso stira i legamenti quanto più può. Nella trazione dei legamenti bisogna guardarsi dall' eccedere e per non strapparli e per non stabilire moleste compressioni e perchè la trazione eccessiva di un legamento non tolga l'effetto di trazione del legamento opposto. Tenuti i legamenti così tirati da un assistente, l'operatore li fissa *ai pilastri dell'anello esterno* ed *agli orli della ferita* (1).

Il fiocco restante dei legamenti o può essere fissato nell' estremo interno della ferita o se contuso tagliato via. Di solito applica un pessario Hodge togliendo la sonda uterina.

Il processo dell'Alexander come si vede è chiaro e tende dritto allo scopo di alzare l'utero e fissarlo dietro e sopra la sinfisi pubica. Con il tempo vengono le modificazioni le quali non lo migliorano. In principio il Doleris impugnò la facilità pratica dell'operazione e citando ricerche cadaveriche le quali avevano il difetto di essere fatte male, affermò essere difficilissimo ed in alcuni casi impossibile rintracciare i legamenti rotondi. Ma Alexander, Adams, Beurnier e Manrique gli dimostrarono a iosa con esame ben fatto di cadaveri *freschi* che i *legamenti rotondi si trovano sempre come legamenti veri o cordoni pieni nel tragitto inguinale,* e che la facilità di trovarli dipende dall'esercizio.

---

(1) Si passa un ago con forte filo d' argento traverso la pelle da un lato della ferita, il più vicino pilastro dell'anello esterno addominale e la parte più profonda del legamento rotondo, e si fa riuscire traversando il pilastro opposto dell'anello e finalmente la pelle dell'altro margine della ferita. Un altro punto si passa sui detti tessuti e raramente ne necessita un terzo, p. 17. « The treatment of backward displacements of the uterus, etc. » 1884. William Alexander M. D.

Più tardi lo stesso Doleris si ravvide, ma propose di accorciare un legamento solo per lasciare maggiore mobilità all'utero, forse perchè si era imbattuto in casi nei quali la ricerca del secondo legamento gli riuscì difficile o negativa.

Il dott. E. Casati dopo di aver fatto un bello ed accurato studio statistico clinico della operazione sulla raccolta di 139 casi e dopo una critica delle modificazioni, ne propose una sua, che relativamente a quella di Doleris, è migliore almeno nello scopo che si prefigge. Con una sola incisione semilunare concava superiormente passa da un anello inguinale esterno all'altro sopra il pube.

Denudati gli estremi dei due legamenti, previa riposizione dell'utero, li tira contemporaneamente e simmetricamente, ne cuce il tratto corrispondente all' anello inguinale esterno ai pilastri di questo, escide le porzioni superflue del legamento, e dei residui monconi cuce le estremità incrociate « moncone centrale di destra con il periferico di sinistra e viceversa. » Quindi sutura i due legamenti rotondi incrociati con il connettivo sottocutaneo della ferita soprapubica e fra loro. Tutto qnesto per impedire che si riproduca il rovesciamento indietro del viscere. Su questo processo del Casati il Doleris ne inventa uno nuovo peggiorandolo senza nominare l'autore. Il Doleris invece di fare la unica incisione soprapubica che riunisce i due orifici esterni dei tragitti inguinali, esegue le due incisioni parallele alle arcate di Poupart, poi fa un tunnel sottocutaneo attraverso il quale incrocia e cuce gli estremi dei due legamenti rotondi tirati fuori.

Il Doleris parlando semplicemente di *processo d'incisione di un chirurgo italiano,* che è poi il Casati, lo chiama poco utile. Egli lo copia in peggio perchè una via sottocutanea non ha scopo di essere quando a questa fanno capo due incisioni aperte. La tecnica poi dev'essere un po' addietrata se v'ha bisogno del drenaggio. L' incrocio dei monconi esterni dei legamenti avanti i muscoli della regione soprapubica, non garantisce dalla possibilità di allungarsi e di sciogliersi l'una dall'altra le porzioni dei legamenti, che sono più esili, se non è loro sufficientemente impedito di rientrare nel tragitto inguinale. Di più se il cordone risultante dal loro incrocio sia resistente, la pressione che ne risulterà avanti il pube riuscirà per lo meno assai molesta. L'unica modificazione — se pure merita un tal nome — mi pare sia il rinforzare la linea di sutura del legamento rotondo, già dall' autore accennata.

Egli dice di passare traverso i pilastri dell'anello inguinale esterno ed il moncone di legamento, due, raramente tre, punti di filo d'argento: se al contrario non il solo anello esterno, ma tutto il tragitto inguinale sia suturato con il legamento rotondo che lo percorre, la aderenza sarà tanto più estesa e l'effetto di mantenuta antiversione sarà più stabile; senza parlare che con tale procedere anche l'anello inguinale interno resta chiuso ed è così impedita la formazione d'ernia ovarica od intestinale. Per ciò io sistematicamente, dopo trovato l'estremo pubico del legamento rotondo, lo fisso, *apro con la forbice il tragitto inguinale nella sua parete anteriore, denudo il legamento del suo rivestimento peritoneale senza di che non è facile stirarlo. Stirato bene il legamento, con sutura continua in filo di seta, dal canto esterno all'interno della ferita, cucio il legamento rotondo residuo ai margini muscolari del tragitto inguinale aperto. In tale guisa il legamento rotondo stirato è fissato per la sua estremità uterina, nella estensione di 5-6 cm., alle pareti muscolari dell'addome, in modo di non essergli permesso di scorrere mai più in un tragitto che da ora è abolito, restando la sutura perduta in posto.*

Questo processo di assicurare tutto il moncone interno del legamento rotondo alle pareti addominali seguii dal primo mio caso (1) in tutti; usando la sutura a punti staccati nei primi sei casi e la sutura continua a sopraggitto nei successivi.

Alla operazione di Alexander si sono mosse parecchie obbiezioni. E prima si è domandato se i legamenti rotondi si trovano sempre. Le prove sul cadavere fatte dagli autori del processo e quelle di Beurnier, Manrique, Berruti, Mangiagalli ed altri mostrano che i *legamenti rotondi si trovano sempre come legamenti veri o cordoni pieni nel tragitto inguinale* lunghi in media 14 cm., della spessezza di 3 mm. al pube e 8 o 10 mm. verso il corno dell'utero, più grossi di un terzo del normale nei casi di retroversione, flessione e prolasso. La difficoltà per scoprire il legamento, dato il giusto punto di ritrovo spina pubica, non è superiore a quella che s'incontra nello scoprire una arteria, ed il Berruti giustamente aggiunge che non è difficile scoprire il legamento, ma lo isolarlo. Questa facilità si ottiene solo con l'esercizio. Io rammento che nei primi casi anche standoci sopra era incerto se incominciare a scoprire più in

(1) « Contributo all'uso della cocaina in ginecologia. » *Bollett. Lancisiano,* anno VI, fasc. IV, 1886.

alto o più in basso, mentre ora cercando sempre la spina pubica, visto al di fuori di questa il fiocco di grasso, sono sicuro di cadere sul legamento rotondo, e presto apro il tragitto inguinale per vederne tutto il decorso ed isolarlo con sicurezza dai vasi e nervi che l'accompagnano così strettamente.

Si domanda inoltre: *i rapporti con il peritoneo rendono pericolosa l'operazione?* — Per evitare l'apertura del peritoneo che potrebbe avvenire invaginandolo nel tragitto inguinale con lo stiramento del legamento rotondo, Duplay, Berruti e Manrique propongono di portare una legatura in catgut sul legamento rotondo a mezzo cm. dall'anello inguinale interno. Questa pratica mi pare superflua e perchè la legatura potrebbe strozzare il tratto di legamento che sta nel tragitto inguinale, e perchè fissato così il peritoneo, temerei stiramenti sul resto dei legamenti larghi. Mentrechè denudando completamente il legamento rotondo fino entro l'orificio addominale interno del rivestimento peritoneale, questo nè si fende nè si stira, nè può infettare il cavo peritoneale se si siano osservate le precauzioni antisettiche.

Se *l'infundibulum peritoneale possa portare l'ernia.* Ciò fu temuto dall'Imlack, e credo debbasi temere da tutti coloro che cuciono il legamento soltanto ai pilastri dell'orificio esterno. Procedendo, come io fo, il peritoneo respinto di là dall'orificio interno fa da zaffo occludente; e la sutura muscolo a muscolo del legamento con le fibre degli obliqui, lungo tutto il tragitto con unico filo perduto e punto a sopraggitto, assicura la formazione di saldo e aderente cordone che chiude e fa scomparire il preesistente tragitto inguinale.

Dopo l'accorciamento dei legamenti il raddrizzamento dell'utero sarà permanente?

A utero retroflesso i legamenti rotondi sono allungati, gli uterosacrali sfiancati dal peso del fondo dell'utero che vi gravita sopra ed il setto pelvico è depresso. Portato il fondo al pube, esso è sottratto alla pressione delle anse intestinali che gli scivoleranno dietro; i legamenti uterosacrali liberati dal peso del fondo, riprendono il loro tono e rialzano il collo indietro, il setto pelvico anche esso riprende la direzione normale, e i legamenti rotondi non sono assoggettati ad un grande sforzo per tenere l'utero, che si mantiene elevato ed anteverso quasi spontaneamente. Specialmente se a questa operazione altre se ne aggiungano di complementari; quali amputazione del collo ipertrofico e pesante o

colpo e perineorafia che riducano l'ampiezza vaginale o aumentino la spessezza delle parti che debbono sostenere il setto pelvico.

Al professore Cuzzi (1) pare un buon argomento da opporre all'operazione di Alexander, la necessità che talora s'incontra di dover aggiungere operazioni plastiche del collo dell'utero, della vagina e del perineo e l'applicazione di qualche pessario nelle prime quattro settimane dopo l'operazione. L'applicazione del pessario vale quanto il zaffamento con la garza, deve cioè dare un sostegno costante perchè l'utero si mantenga elevato ed anteverso, e con il suo peso non eserciti una trazione precoce sulle parti cucite. Il criticarlo vale quanto criticare l'impalcatura che sostiene una vôlta fintantochè è costruita di fresco. Alcuni per trovare un punto debole dell'operazione, citano la lunga degenza in letto; di ordinario questa non oltrepassa le tre settimane, ma le misure di precauzione non indeboliscono il valore di una operazione, lo rinforzano per la durabilità degli esiti remoti. Il dovere poi talvolta aggiungere operazioni plastiche, ciò non dipende affatto dall'operazione di Alexander, ma dalle condizioni speciali che presenta l'inferma. Se con la retroflessione di un utero una donna ha anche una larga lacerazione perineale ed ha cistocele e rettocele, il prof. Cuzzi converrà che non spariranno queste lesioni nè con l'accorciamento dei legamenti rotondi, nè con la isteropessia anteriore. Forse in gradi lievi di cisto o rettocele, si potrà stirare un po' in alto la vagina, ma fissando l'utero forse al livello del bellico o sopra. In tal caso a prescindere dai disturbi nuovi che ne verrebbero da stiramento così pronunciato ed esteso, nè la vagina, nè l'utero godrebbero a lungo dell'artificiale ed artificiosa elevazione, perchè nei casi di ampie vagine per estese lacerazioni perineali, abbassate nelle loro pareti per scollamento dei tessuti paravaginali e per il peso di uteri enormi, si accompagna il ventre propendulo, per floscie e smagliate pareti addominali, con la bisaccia nella linea mediana per diastasi dei muscoli retti e l'utero ricadrebbe con cisti e rettocele.

La vescica sarà impedita a distendersi o distendendosi riallungherà i legamenti rotondi? Nessuno dei due fatti possono avvenire, perchè la vescica si sviluppa nei due terzi inferiori come due borse laterali all'istmo, può rialzare il collo, ma non spostare il fondo; il quale non è

---

(1) *Bollettino della Poliambulanza* di Milano.

così strettamente saldato al pube da non permettere un leggero riempimento vescicale anche nella regione soprapubica. Le mie operate, alcune hanno sofferto un po' di cistite cervicale per cateterismo, nessuna ebbe sensazioni moleste della vescica nè immediatamente dopo nè più tardi.

Le gravidanze ed i parti successivi sono mostrati essere felici da numerosi casi. Dei miei undici casi due operate restarono incinte, la prima si sgravò all'ottavo mese, con difficile dilatazione del collo (forse per pregressa amputazione) e morì di febbre settica innestatale da mano infetta che l'esplorò.

L'altro, il terzo caso, ebbe buona gestazione, parto e puerperio, ed ancora si loda dei buoni effetti della operazione.

Quanto poi *alle mortalità dell' operazione* il ricorrere alla statistica ha un valore molto limitato. Le interpretazioni dei quadri statistici si fanno ad *usum Delphini.* I tre casi di morte sopra 140 operate, citati dall'Harrington, dovrebbero essere commentati per vedere se il decesso era dovuto all'operazione od all'operatore. A parità di condizioni, se si corrono pericoli per operazioni compiute, con ferite estracavitarie, i pericoli dovrebbero essere maggiori dopo operazioni intracavitarie: e in questo caso la laparoisteropessia non garantirebbe meglio dell'operazione d'Alexander. Si dirà allora che l' asepsi assicura e previene; la stessa asepsi dev'essere rigorosa per l'operazione di Alexander, ed i resultati non ponno, non devono mancare, ed i pericoli nemmeno si devono temere. Sarebbe strano che io imputassi all'operazione la mancata riunione per prima intenzione della ferita inguinale destra, nel mio decimo caso di operazione d'Alexander. La riunione non avvenne per mia colpa, perchè un momento di diminuite precauzioni di nettezza scrupolosa, favorì il deposito di elementi settici nella ferita. Se l' inferma ne fosse morta di sepsi generalizzata, la colpa sarebbe stata mia e non dell'operazione.

Perciò che riguarda i *buoni effetti e duraturi dell' operazione* devo dire che tengo tuttora in osservazione tutti i casi dal 2.° all'ultimo (tre anni a cinque mesi). In tutti riscontro l' utero permanentemente antiflesso, elevato, con discreta mobilità antero-posteriore, con funzione mestruale regolarizzata, e quasi tutte diminuite e cessate le sofferenze segnalate specialmente ai lombi, al sacro e le cefalalgie.

STORIE CLINICHE.

I. *Retroversione ed abbassamento di utero, cisto e rettocele. — Resezione dei legamenti rotondi dell' utero. — Guarigione.*

Nello scorcio del 1886 descrissi alla « Società Lancisiana » il presente caso come contributo alla anodinia locale cocainica.

Lo ripeterò per sommi capi e vi aggiungerò notizie di un' epoca successiva a quella comunicazione, importanti per la storia dell' operazione in discorso.

Sciò Maria, di 37 anni, vedova, domestica. A 22 anni ebbe un parto naturale difficile, prolungato per tre giorni, di feto nato voluminoso ed in presentazione di faccia. Appena partorito sentì l' utero ai pudendi che si abbassò sempre più. In quindici anni di fatiche corporali si formò un cisto e rettocele, con utero retroverso ed abbassato per allungamento ipertrofico del collo dell'utero.

Nel giugno 1885 la operai di amputazione alta del collo dell'utero, colporafia anteriore e posteriore e perineorafia, secondo il processo pubblicato nel *Bollettino dell'Accademia medica,* ottobre 1884. Parve guarita per circa sei mesi e poi il cistocele si ripresentò e con esso la retroversione e le molestie lombo-sacrali della paziente. Il 31 maggio 1886 eseguii l'operazione come fu già descritta nella detta comunicazione alla « Società Lancisiana. » Non ebbe più altre sofferenze e passò a seconde nozze. Il 10. 2. 87 ebbe l' ultima mestruazione. Il decorso della gestazione fu turbato solo nel primo trimestre da nausee e vomiti. Il 13 settembre si presentò a membrane rotte con dolori e poca febbre, asserendo di avere avuto perdita di liquido dopo sollevato un peso. Restò con pochi dolori e la perdita di molto liquido fino alla mattina del 15. 9. A 6 ant. aveva 39° C., un collo appianato, dilatato per 3 cm., ma con cercine grosso e resistente. 8 ant. brividi intensi, 42°, cianotica e gelida all'estremità. Iniezione ipodermica di chinina; tre ore dopo dilatazione completa ed estrazione con forcipe di un feto morto di 2040 grammi. Secondamento spontaneo. Metrorragia grave non ostante ergotinina. La febbre altamente settica l'uccise in quattro giorni. Essendo in epoca di trepidazione per colera, non si potè fare l' autopsia che sarebbe stata interessante per vedere la sorte dei monconi di legamenti rotondi suturati ed il modo di sviluppo del fondo dell'utero che era fissato sopra il pube.

A proposito di questa operazione, io scrissi allora che facile era stato il trovare il legamento rotondo destro, primo operato e più difficile il sinistro: ripeto ora questa notizia che trova riscontro nei casi successivi. Finalmente accentuava bene il mio modo di procedere circa la denudazione accennata del legamento rotondo dal suo rivestimento peritoneale. E concludeva su esperienze istituite in cadaveri: 1.° *Che si può tirare l'utero con il fondo esattamente sopra il margine del pube a condizione che i legamenti siano tirati fuori per una estensione di otto o dieci centimetri.* — 2.° Che i legamenti rotondi non possono essere così facilmente tirati se non denudati dal peritoneo. — 3.° Che se il peritoneo non è scollato dal tronco di legamento tirato nel *tragitto inguinale*, restano stirate e fissate all'orificio addominale di questo tragitto e le trombe che vengono pieghettate e le ovaie. — 4.° Che lo scollamento del peritoneo dal legamento dev'essere fatto per evitare dolori intensi ed emorragie intrapelviche nelle epoche mestruali. — A tali norme mi sono sempre tenuto nei dieci casi seguenti, con reale vantaggio delle inferme, come apparirà dalle seguenti storie.

II. *Utero subinvoluto retroflesso. — Resezione dei legamenti rotondi. — Guarigione.*

Nel luglio 1887 il dott. Piccinini mi fece vedere la signora For.... Anna sua cliente, di 31 anni, maritata, per gravi menorragie, scolo purulento e fenomeni nervosi gravi. Nacque gracile; dopo l'innesto del pus vaioloso fu sempre malaticcia. Ebbe la prima mestruazione a 15 anni, ed amenorree nei primi due anni per febbri malariche. Il flusso di sangue aveva interruzione di un giorno con cinque giorni di durata, ed era accompagnato da intense e continue cefalalgie.

Si maritò a 20 anni. Nel primo anno ebbe dispareunia per dolori lombari ed ipogastrici al coito. Nei primi cinque mesi ebbe due aborti incompleti di due mesi, seguiti da profuse metrorragie. Dopo un anno ebbe un terzo concepimento che portò a termine con parto naturale difficile per somministrazione di segala cornuta. Non potè allattare e cominciò a patire metrorragie e nevrosi a forma di soffocamento.

Dopo 18 mesi quarto concepimento con tale pondio perineale nel primo trimestre da non poter camminare. Al settimo mese partorì, aiutata da manovre di estrazione praticate dalla levatrice. D'allora, 1881, metrorragie più intense e fenomeni nervosi più gravi fino alla lipemania, che nel 1885 arrivò ad un alto grado, così da doverla rinchiudere in una casa di salute.

Quinta gravidanza e parto nel marzo 1887, seguito da metrorragie ogni 15 giorni sempre più abbondanti e coprostasi. Aumento del pondio perineale, debolezza generale, crampi di stomaco, oppressione al respiro, cefalalgie, melanconie. Il prof. Durante la trovò con un collo uterino ipertrofico e le propose l'amputazione del collo dell'utero; il prof. Pasquali trovò la retroflessione e prognosticò l'inguaribilità, conclusione alla quale venne anche il dott. Villetti. Portò diversi pessari, ma inutilmente. La signora era di statura mediocre, emaciata e pallidissima; smemorata nel rispondere alle interrogazioni, intollerante di domande e di esame prolungato, stanca per poco che si reggesse in piedi. Non era più uscita di casa dopo l'ultimo parto. Ventre appiattito, molle; ma dolente alla palpazione un po' profonda. Per vagina il collo era grosso, lungo, molle, abbassato e portato verso il pube, così che il fornice anteriore era quasi annullato nello spazio anteroposteriore. Tutto il fornice posteriore all'incontro era ampio, ma abbassato ed occupato dal corpo dell'utero grosso, separato dal collo per un angolo di flessione acuto; la palpazione un po' spinta su qualunque porzione dell'utero accentuava la cefalalgia sincipitale, in lei abituale, fino a emettere forti grida acutissime. La sonda penetrava facilmente, ma con dolore, a concavità posteriore per quasi 10 cm., e ne usciva sanguinante. L'ostio ed il canale vaginale erano pallidissimi per anemia, il collo grosso, cianotico, molle, beante, con ectropio sinistro per lacerazione corrispondente. Proposta ed accettata l'operazione di Alexander, fu eseguita il 28 luglio 1887. Anestesia cloroformica. Abrasione e lavatura col sublimato dell'ipogastrio e pudendi. Il dott. Piccinini cooperava, ed il dott. Masetti con grossa sonda intrauterina teneva l'utero in anteversione e con il fondo appoggiato sopra il pube. Incisione destra, lunga 10 cm., parallela all'arcata Poupart, con la metà corrispondente all'unione del terzo medio con il terzo inferiore di questa. Ritrovo dell'orificio esterno del tragitto inguinale. Difficile riconoscimento del cordone costituito dal legamento rotondo, ciò che costrinse ad aprire per maggiore estensione il tragitto inguinale. Denudazione del legamento rotondo dalla sua guaina peritoneale. Fissato il moncone uterino del legamento rotondo, escisi 7 cm. dell'estremo assottigliato soprapubico. Quattro punti di seta finissima, tirati parallelamente alle fibre del legamento, ne fissano il moncone alle fibre degli obliqui. Sei punti profondi comprendono cute, tessuto connettivo, muscoli costituenti le pareti del tragitto, e trafiggono traversalmente il moncone uterino del legamento rotondo, così che lo fissano per lungo tratto alle pareti addominali ed in mezzo alla sua spessezza sei punti superficiali cutaneo muscolari. A sinistra con lo stesso procedimento fu facilissimo trovare il legamento rotondo. Polvere di iodoformio, garza e ovatta con fasciatura a spica delle coscie e ventre. In vagina fu applicato nulla. Dal principio al termine dell'anestesia due ore.

Diario. — 28. 7. Dolori alle ferite. 3 p. 37. 5. Posizione lateroprona sinistra, 9 p. 38. 3.

29. 7. Senso di stiramento alle ferite. 12 n. 38. 5.

30. 7. Nessun dolore. Metrostaxis. 3 p. 38.

1. 8. Buon appetito. Continua poco sangue. 10 a. 37.

2. 8. Senso di bruciore alle ferite. 38. 1.

3. 8. Benessere. 38.

4. 8. » 38.

5. 8. Tolti i punti. Riunione per prima. Non più pondio rettale. Clistere. Cessata cefalea. Il fondo dell'utero si trova a tre dita sopra il pube, il collo è alto e l'orificio esterno guarda indietro, il labbro anteriore si tocca solo portando a tutta profondità l'indice ed il medio esploratori.

9. 8. Molto appetito, nessuna nausea.

Il 12. 8 il dott. Masetti l'ha riveduta ed esplorata, ed ha potuto constatare la cambiata posizione dell'utero e la cessazione delle cefalalgie, nausee e crampi di stomaco.

Dal 20 al 26. 8. 87. Mestruazione abbondante.

2. 9. Prostrazione di forze e cefalalgie.

10. 9. Miglioramento generale.

28. 9. Seconda mestruazione, a tipo normale, ha durato tre giorni ed è stata meno abbondante delle precedenti. Durante la mestruazione ebbe tensione alle ferite addominali. Non ha mai più dolori lombari e pendio perineale. Da due mesi defecazioni quotidiane spontanee. Sebbene abbia ancora il senso di vuoto al capo, tuttavia ha sonni tranquilli e completi, quali da un pezzo non godeva più. Ha guadagnato poco nella nutrizione generale.

23 Novembre. La precedente e questa mestruazione si sono fatte ancora più scarse del solito. Accusa senso di nocciuolo sporgente a metà della ferita inguinale destra, ma l'ispezione e la palpazione non riscontrano sporgenze in detta regione per qualsiasi posizione prenda e sforzi respiratori faccia la paziente.

4 Marzo 1888. Bene nutrita. Può attendere a tutte le faccende domestiche e fare passeggiate senza cefalea e deliqui. Mestruazioni scarse, quattro panni, indolore, nessun flusso uterino. Dopo lunga deambulazione sente un po' di stiramento alle ferite inguinali. Attualmente sebbene mestruata, tollera bene la esplorazione vaginale senza dolore. L'utero si trova a due dita sopra il pube sinistro con il fondo; mentre il collo è elevato mobile a 10 cm. dall'ostio vaginalo. Il volume del corpo e del collo, specialmente di quest'ultimo, è d'assai diminuito. I labbri del collo prima in ectropion ora sono rientrati, piccoli e senza granulazioni. Il colore della vagina e del collo è roseo. Tollera bene lo speculum, poco sangue, punto catarro.

16 Luglio 1888. Ha notevolmente ingrassato e fatto discreto colore. Mestruazioni sempre scarse e piuttosto ritardate. Rare e leggiere nevralgie. Sonni tranquilli. Dejezioni alvine sempre facili. Mitto frequente e talora con tenesmo. Utero a tre dita sopra il pube. Sonda 7 cm. Linee delle incisioni nette, appena visibili.

22 Gennaio 1889. Ottimo stato generale. Carattere divenuto di buon umore. Resistenza alle camminate. Scomparso da molto tempo l'orrore delle piazze. In agosto e sett. 1888 fu amenorroica, mentre le tre mestruazioni successive furono un poco più abbondanti, 5 panni. Talora dopo uno sforzo avverte uno stiramento alla ferita destra. Non vi si nota sporgenza alcuna, nè tossendo, nè ponzando, le linee di cicatrici sono così assottigliate che appena si vedono. L'utero ha il fondo a due dita sopra il pube, il collo è indietro, in alto, mobile, cortissimo e l'ectropion non è più apprezzabile.

III. *Utero subinvoluto retroflesso. — Operazione di Alexander. — Guarigione.*

Nel febbraio 1887 venne al mio ambulatorio privato (I. 15) la signora M... Caterina, di 30 anni, maritata, di apparente sana costituzione fisica. Mi narrò che fu sanissima da nubile e che in otto anni di matrimonio ebbe 5 parti al IX mese, facili tranne il primo, nel quale durò due giorni ed ebbe estesa lacerazione perineale. I puerperii furono buoni. Tutti i parti ravvicinati. Dall'ultimo che avvenne due anni sono ebbe sempre le seguenti sofferenze in aumento progressivo.

Le mestruazioni profusissime, due volte al mese con dolori espulsivi intensi, e perdita continua di pus negli intervalli. Coiti sempre dolorosi con senso di colpo al sacro. Pondio e tenesmo vescicale e rettale intollerabili, con coprostasi ostinata. Crampi epigastrici e nodo esofageo. Prostrazione totale delle forze da doverla costringere quasi sempre a tenere la posizione orizzontale. Ipocondria profonda.

Scheletro regolare alto, nutrizione generale scadente, ventre piatto e vuoto, ma dolente nelle regioni delle fosse iliache interne e soprapubica. Ostio vaginale ampio per lacerazione perineale antica. Vagina larga e cortissima. Il collo dell'utero è grosso, cilindrico e molle e, se la donna è in posizione verticale, tocca la commessura posteriore della vulva, se è in posizione orizzontale, il collo tocca l'arco sottopubico ed i fornici sono accorciati: l'anteriore è quasi annullato ed il posteriore è ampio, ma abbassato. A traverso a questo fornice si tocca la porzione sopravaginale del collo continuarsi ad angolo quasi retto aperto posteriormente ed in basso, con la parete posteriore del collo dell'utero che appoggia quasi sul piano inclinato del pavimento pelvico. All'esame ad-

domino-vaginale si sente la regione retropubica vuota ed il corpo dell'utero globoso, pastoso, tutto inclinato indietro ed in basso. All' esame vagino-rettale, si sente tutto il grosso corpo dell' utero premere contro l'intestino retto, la cui esplorazione riesce dolorosa.

Colla sonda, che penetra concava posteriormente, senza nessuno ostacolo all'orificio interno, per 9 cm., si può rialzare l'utero e portarlo con il fondo sopra il pube; ciò che toglie immediatamente il pondio rettoperineale. La sonda esce sottinta di sangue, ed appena tolta, l' utero ricade indietro con dolore perineo-sacrale ed immediato crampo dello stomaco. Allo speculum vagina e collo levigati a mucosa integra di colore cianotico. Applicai allora un pessario Hodge in alluminio: lo tollerò due mesi, poi sentì nuovamente i disturbi di prima, ed avvertendo anche la molestia di un corpo estraneo, se lo fece togliere. Nell' agosto le ne applicai uno maggiore: nel settembre non poteva più tollerarlo ed aveva mestruazioni profusissime. Il 10 ottobre le eseguii il raschiamento della cavità dell' utero e cauterizzazione con pasta al cloruro di zinco. Dal 18 al 22 di tale mese fu mestruata più scarsamente. Il 25 ottobre ed il 5 novembre furono fatte due applicazioni di pasta al cloruro di zinco. 23 novembre mestruazione scarsa. In dicembre e gennaio due metrorragie non ostante il continuato trattamento astringente. 23 gennaio 1888, operazione di Alexander colle stesse preparazioni e processo delle precedenti. Facile ritrovo del legamento rotondo destro primo operato, difficile del sinistro. Escisione di circa 6 cm. di legamento per ogni lato. Sutura cutaneo-muscolo legamentosa, con cinque punti profondi per ogni lato e cinque superficiali. Durata dell' operazione un'ora.

Diario. 7. p. Cateterismo vescicale, injez. 0.02 morf., 37. 5, 21. 90.

24. 88. Vomito nella notte. Dolore alle ferite. 7 a. 37. 5, 24. 90. Ghiaccio, diminuito dolore. 6 30 p. 38. 1, 24. 90.

25. 88. Meteorismo. Anoressie. 8 a. 36. 8, 20. 86, cateterismo.

26. 88. Appetito. Cateterismo. 8 a. 36. 2. 90; 7 p. 36. 6, 96.

27. 88. Edema grandi e piccole labbra. Dolore della ferita. 8 a. 37. 7, 90, sinistra ai colpi di tosse.

28-29. 88. Qualche dolore trafittivo alle ferite. Cateterismo. 35, 90.

30. 88. Tolta medicatura. Riunione per prima intenzione, tranne al punto dell'estremo inferiore della ferita destra, ov'è sangue e pus. Lavande vaginali al sublimato. All'esame addomino-vaginale, fondo dell'utero a tre dita sopra il pube, collo a 12 cm. dall' ostio vaginale. Nei giorni successivi fu sempre apiretica e l'angolo inferiore della ferita cicatrizzò.

Il 12 febbraio riapplicai il pessario Hodge perchè potesse stare molto in piedi senza che l'utero pesasse, nei primi giorni dopo l'operazione.

Il 16 febbraio accusa tenesmo al mitto urinario.

Il 2 marzo 1888 mestruazione più scarsa delle precedenti. Tolto il

pessario che pare molesto. L'utero si conserva anteverso ed alto. È stata tutto il mese in campagna. Il 30 dello stesso mese il fondo dell'utero è in anteversione a due dita sopra il pube ed il collo dista 8 cm. dall'arco sottopubico. Nessun disturbo locale. Lascia Roma. Da lettera che cotesta signora si compiacque mandarmi dal suo paese, rilevo che i due viaggi da Roma ad Orvieto e da Orvieto al mare le arrecarono qualche dolore lombare. Del resto non più tormenti locali, nè generali, mestruazione regolare per tipo e quantità. In ottobre 1888 si sospettò incinta. In seguito la gravidanza fu normalissima, il parto facile al nono mese (luglio 1889), ed ottimo il puerperio.

IV. *Utero retroverso. — Operazione Alexander. — Guarigione.*

S.... Rosa venne al mio ambulatorio privato il 14 luglio 1888. Ha 40 anni, è vedova, ipocondriaca. Accusa di avere accessi di affanno, cardiopalmo, bolo isterico, con senso di intensa constrizione epigastrica-dorsale a fascia, mitto frequente e talora con tenesmo. Coprostasi abituale. Mestruazioni abbondanti accompagnate dal senso di stringimento al seno e convulsioni cloniche dei muscoli addominali. Maritata a 22 anni ebbe due figlie, delle quali l'ultima ha 16 anni. È vedova da 6 anni e solo da 3 mesi ha le enunciate sofferenze. Trovai un utero in retroversione ed inclinato a destra, grosso, lungo 7 cm. e che con la sonda si poteva raddrizzare. Le proposi prima l'uso dei pessari, ma siccome li aveva provati già inutilmente, accettò subito la seconda proposta, di raddrizzare l'utero cioè con l'operazione di Alexander. Eseguii questa operazione il 10 agosto in un'ora circa tenendo l'inferma nell'anestesia cloroformica. In questo caso fu più difficile il trovare il legamento rotondo destro che il sinistro sebbene questo fosse il secondo operato. Unii l'estremo reciso del moncone alle fibre dei retti e suturai le pareti del tragitto inguinale con in mezzo il moncone, per il piano profondo, e per il piano superficiale applicai sei punti cutaneo-muscolari. La escissione per ogni lato fu di 6 cm., dall'estremo pubico del legamento rotondo. Io dovetti lasciare l'ammalata perchè mi assentai da Roma. Il mio amico dott. Masetti la seguì sino a guarigione completa e all'ottavo giorno le tolse i punti e la trovò con riunione per prima e con l'utero in anteversione normale ed elevato sebbene non le abbia applicato alcuna protesi vaginale. L'ho riveduta al mio ambulatorio al dicembre u. s. e l'utero si mantiene in anteversione normale ed è diminuito di volume. Le turbe nervose non sono affatto modificate.

(Continua).

Sull'etiologia dell'idrorrea gravidica

CONTRIBUTO CLINICO

PEL

Dott. E. GRASSI

È noto che col nome di *idrorrea* viene designata in ostetricia una perdita sierosa dai genitali durante la gravidanza. Tale perdita si verifica per solito in modo improvviso e si ripete a intervalli più o meno lunghi non arrecando nessun danno alla salute della donna ed accompagnandosi raramente a prematuro risveglio delle contrazioni uterine. È probabilmente per questa sua innocuità che il paragrafo dedicato all'idrorrea non figura fra i più diffusi dei trattati di ostetricia; sicchè l'interesse clinico di tale fenomeno sarebbe molto limitato ove non regnasse sempre una tal quale incertezza sulla sua eziologia. Questa infatti è ben lungi dall'essere interpretata nel medesimo modo dai vari autori; per alcuni dei quali (Schröder, Spiegelberg, Braun) il luogo d'origine del liquido sarebbe la caduca uterina infiammata, mentre per altri (Nægele) sarebbe la superficie esterna dell'uovo, oppure, come vorrebbero Tarnier e Stapfer, ora la cavità dell'amnios, ora la caduca.

Si intende quindi come a norma di queste diverse opinioni, l'idrorrea possa essere considerata come un fatto puramente meccanico (rottura delle membrane) o come la espressione di un processo morboso, sia delle membrane ovulari, sia della caduca.

Ma si limiti la possibilità clinica all'una o all'altra di queste due interpretazioni etiologiche o si accettino entrambe come soddisfacenti a casi speciali, sta il fatto che la sorgente dell'idrorrea non venne mai cercata finora che nella cavità uterina o nella cavità dell'uovo.

Ora nel caso clinico che forma soggetto della presente nota, ci pare che l' origine *extra uterina* od *extra ovulare* dell' idrorrea non si possa disconoscere; epperò, senza voler infirmare le interpretazioni etiologiche date fin qui, richiamiamo l'attenzione degli ostetrici su quella che, a nostro avviso, sorgerebbe spontanea dal caso che andiamo a narrare.

Tre anni or sono fui chiamato dall'egregio collega dott. Barbini a vedere una signora al quarto mese della sua prima gravidanza, perchè era stata colta da una perdita siero-sanguinolenta dai genitali; perdita intermittente non accompagnata da contrazioni uterine e superante per quantità la media del contenuto liquido d'un uovo quadrimestre. Del resto: collo uterino appena un po' più rammollito del normale e segmento inferiore nè più abbassato, nè più espanso dell' ordinario. La diagnosi di idrorrea non era dubbia e, vista l'assenza d' ogni minaccia diretta o indiretta di aborto, credetti poter concludere: che il liquido non proveniva dalla cavità dell' amnios e che solo rimedio da suggerire era il riposo della gestante.

L'andamento ulteriore della fenomenologia clinica non fece che confermare la diagnosi etiologica della idrorrea ed il concetto che ci si era fatto sulla probabile sua innocuità per rapporto alla continuazione della gravidanza. Imperocchè, malgrado che a vari periodi di quest'ultima si ripetessero le perdite sierose, non vi fu mai alcun prematuro risveglio di contrazioni e la signora partoriva a termine una bambina bene sviluppata, *previa rottura artificiale* delle membrane e scolo in quantità non piccola di liquido amniotico. Puerperio normalissimo.

A pochi mesi di distanza da questo parto la signora ingravidò nuovamente e di nuovo ed alla medesima epoca della prima gestazione si ripresentò l'idrorrea.

Ammaestrati e tranquillizzati da quanto era in allora accaduto assistemmo alla ripetizione di codesta complicanza colla maggior fiducia che anche stavolta non ne avrebbero sofferto nè la gravida nè la gravidanza. E così accadde; dacchè quest'ultima arrivò al suo termine accompagnata anzi da una perdita idrorroica minore della prima volta. Il parto non presentò nulla di anormale in nessuno dei suoi momenti; il sacco si ruppe spontaneo con flusso moderato di liquido amniotico e nacque una bambina bene sviluppata ed anche stavolta gli annessi fetali non presentavano alcuna alterazione sia nella struttura anatomica, sia nella loro reciproca disposizione.

Il puerperio decorse normalissimo fino al 12° giorno, alla quale epoca per un piccolo scarto delle solite norme precauzionali si iniziò un leggero processo di parametrite che partendo da destra si estese gradatamente a tutto l'anello di conettivo sopravaginale.

Il ciclo attivo di codesta complicanza si compì nello spazio di due settimane non lasciando dietro di sè che un leggero ispessimento della volta vaginale ed una proporzionale limitazione della mobilità uterina. A questo punto e mentre si credeva di assistere al completo ristabilimento della malata si fu non poco sorpresi dalla insorgenza di un complesso di fenomeni nuovi e che per certo non potevano collegarsi colle vicende patologiche or ora accennate. Questi fenomeni potevansi riassumere, per la parte subiettiva, in un dolore gravativo alla fossa iliaca sinistra, dolore esacerbantesi alla pressione e ad ogni movimento dell'arto corrispondente, il quale, dolente esso pure, era sempre mantenuto dalla malata in attitudine semiflessa.

L'esame obiettivo ci dava: tensione esagerata e diminuita sonorità della regione dolente, intolleranza al riscontro combinato colla palpazione per tensione dolente della volta vaginale, utero poco involuto ma libero di essudati parametrici; la temperatura della malata, normale per quasi tutto il giorno, saliva bruscamente e per alcune ore soltanto fino a toccare il 40°.

Come è facile rilevare dalla loro succinta enumerazione, questi sintomi fisici non erano proporzionati a quelli razionali, non potendoci render conto nè degli accessi febbrili, nè della grande dolorabilità locale accusata dalla paziente colle lievi modificazioni *tangibili* dell' ambiente pelvico. In questo stato di incertezza diagnostica (condivisa con me dagli egregi prof. Federici e dott. Fasola ai quali aveva domandato consiglio) si ebbe a rimanere per non meno di due mesi, non avvertendo mai nessuna modificazione, o ben leggera, nello stato della paziente. Nei quali due mesi non si mancò di ricorrere anche al dubbio di un po' di simulazione isterica; con che riuscivamo a calmare se non a far scomparire quel naturale disappunto di cui è passibile ogni medico che al par di noi non riesce a trovare una diagnosi soddisfacente al caso clinico. Accenniamo di passaggio come il ritorno della funzione mestruale si avverasse al 60° giorno senza che per codesto segno dell'esaurito ciclo puerperale ne venissero modificate le condizioni della malata. Finalmente un mattino (e si era a quattro mesi dal parto) la malata è presa da dolori che ella assomiglia a quelli delle contrazioni uterine e subito dopo si sente inondata di una quantità di liquido fuoruscente dai genitali; liquido che pei caratteri fisici era perfettamente identico a quello della idrorrea gravidica. Da questo momento cessarono tanto la tensione quanto i dolori alla regione iliaca sinistra e la malata potè in pochi giorni essere in grado di abbandonare il letto. Lo scolo liquido continuò in piccole proporzioni per due o tre giorni e le condizioni dell'apparato utero-ovarico rientrarono bentosto nello stato fisiologico dal quale per dir vero si erano ben poco allontanate.

Il mutamento così improvviso verificatosi nelle condizioni della

nostra malata, subito dopo il nuovo periodo idrorroico venne in buon punto a chiarire i nostri dubbi circa la interpretazione dei sintomi clinici da noi osservati negli ultimi due mesi. Essi dovevano necessariamente essere stati collegati alla *non diagnosticata* raccolta liquida, dal momento che avevano rapidamente ceduto alla eliminazione di questa.

Ma di dove era venuta, o per meglio dire, dove si era fatta una tale raccolta?

Esclusa la cavità uterina, comechè da noi riconosciuta non dilatata per esami recenti ed esclusa pure, perchè destituita d'ogni base sintomatologica, la supposizione d'una cisti patologica comunicante coll'utero non ci rimaneva che pensare alla tromba di sinistra abnormemente dilatata come sede possibile del versamento sieroso. La struttura anatomica di questa appendice uterina e la conseguente possibilità fisio-patologica d'un processo infiammatorio a ripetizione analogo alla endometrite, ci dava ragione così dei sintomi subiettivi provati dalla paziente come dell'essudato sieroso cacciato attraverso all'utero volta a volta che la tonaca muscolare della tuba aveva toccato il maggior limite di distensibilità.

Ci parve pertanto che la diagnosi di *idrosalpingite* fosse quella che meglio rispondesse al caso nostro; diagnosi per vero un po' tardiva, ma perdonabile da chiunque ricordi le circostanze eccezionali in cui la malattia si era andata svolgendo, nel caso nostro. La qual malattia è anche a notarsi come sia stata illustrata clinicamente solo in questi ultimi tempi, sicchè la sua sintomatologia risente ancora di quella indeterminatezza di contorni che è propria d'ogni entità morbosa novellamente aquisita al dominio della clinica. Ma ripigliamo la storia.

La mia cliente dovendo per ragioni di famiglia trasferire il suo domicilio a Napoli accondiscese alla preghiera che le feci di tenermi informato circa le ulteriori sue condizioni di salute.

E queste si mantennero sempre bene fino allo scorso mese di maggio, alla quale epoca e senza che la paziente potesse pensare se e come vi aveva dato causa, si rinnovarono alla zona addominale e pelvica sinistra, nonchè alla coscia corrispondente i medesimi fenomeni dolorosi che avevano preceduta l'ultima emissione liquida dai genitali.

Informato della cosa e pregato di fornire, benchè lontano, qualche consiglio terapeutico, io risposi indirizzando la mia cliente all'egregio prof. Morisani cui esponevo con lettera a parte il riassunto delle pregresse vicende cliniche.

Codesta mia corrispondenza era ancora in viaggio o appena giunta a destinazione, allorchè la malata, previo un periodo di acutizzazione dei dolori pelvici, ebbe una nuova emissione *per vaginam* di quantità non indifferente di liquido sieroso, emissione cui anche stavolta tenne dietro la scomparsa d'ogni sofferenza. E così all'egregio prof. Morisani fu possibile di constatare *de visu* la ripetizione di tutto il quadro feno-

menologico che gli avevo descritto per lettera, ed egli pure concordava nella fatta diagnosi di idrosalpingite sinistra.

Qui finisce la narrazione clinica, la cui importanza non sarebbe maggiore di quella che le spetta come contributo casistico di una forma ginecologica non frequente e non troppo illustrata, se ad aumentarne il valore non fosse intervenuta la circostanza dell'essersi ripetuta la idrorrea nel medesimo soggetto e durante la gravidanza e all'infuori di questa. Sicchè, davanti a tale coincidenza non possiamo a meno di domandarci se, messa fuori di discussione l'origine tubarica del liquido nella *idrorrea extra-gravidica*, non sia da ammettersi come molto probabile la medesima provenienza anche per quella sopravenuta durante la gestazione; ed in ciò consisterebbe, come ognun vede, la importanza del caso clinico nostro.

Quanto a noi dichiariamo subito che se dovessimo affidarci al solo *buon senso clinico* non avremmo nessuna difficoltà ad accettare codesta nuova interpretazione; dacchè nulla si oppone a riconoscere possibili nella mucosa tubarica quei medesimi processi morbosi dell'endometrio uterino fin qui ritenuti dagli autori come causa più probabile della idrorrea gravidica. Ed infatti l'analogia di struttura anatomica dei due organi e la comunanza ad entrambi di processi ad essudato liquido e la possibilità dimostrata di distensione della cavità tubarica, sono altrettanti argomenti per cui ci pare più che razionale di considerare l'idrosalpingite in gravidanza come una delle spiegazioni più accettabili dell'idrorrea. Nè vogliamo tacere che per tal modo si riuscirebbe a spiegare la innocuità della idrorrea stessa per rapporto alla gravidanza molto meglio che limitando il processo alla mucosa uterina; poichè è evidente che un processo morboso *fuori dell'utero* debba rappresentare uno stimolo meno potente della contrattilità uterina in confronto di un egual processo sviluppatosi entro la cavità stessa dell'organo gestante. Ed anche considerata l'influenza puramente meccanica dei due processi si intende come il raccogliersi ed il permanere d'una certa quantità di liquido fra l'utero e le membrane e il conseguente distacco dell'uovo su una superficie abbastanza estesa debba interrompere una gravidanza più facilmente che non il semplice passaggio di una eguale raccolta formatasi nella cavità tubarica.

A queste brevi considerazioni basate sul concetto che nel caso nostro il processo morboso precursore della idrorrea era localizzato

nella tromba così durante come fuori della gravidanza, si potrà obiettare che i fenomeni subiettivi del processo stesso, mentre precedettero in modo evidente la perdita extra-gravidica fecero completamente difetto nella idrorrea delle due gestazioni. Sicchè rimarrebbe sempre a spiegare come alla identità del fatto clinico non risponda la identità della sintomatologia.

La obiezione non manca di importanza, ma va osservato però che i fenomeni dolorosi della raccolta tubarica molto probabilmente erano dovuti alla distensione dell'organo più che al processo congestivo; tanto è vero che nelle due salpingiti extra-gravidiche li vedemmo cessare immediatamente dopo la abbondante ed improvvisa emissione del liquido. Ora nel periodo gravidico, invece di queste emissioni *in blocco*, si ebbe uno stillicidio continuo o brevemente interrotto, sicchè è lecito indurre che la mancata sintomatologia dolorifica sia dipesa dalla moderata distensione della tuba la quale spingeva attraverso il suo orificio uterino la massima parte del suo essudato liquido man mano che questo si andava formandosi.

Una tal differenza di andamento clinico dello stesso processo è stata puramente accidentale o trova la sua ragione nella differente disposizione reciproca delle due cavità tubarica e uterina durante e fuori della gravidanza ed anche nella modificata struttura anatomica dei due organi nelle due epoche?

Ecco quanto rimarrebbe a discutersi a maggiore illustrazione del nuovo momento etiologico dell'idrorrea da noi intravisto. Ma come una tale discussione ci porterebbe a varcare i limiti del semplice contributo casistico che ci eravamo proposti di offrire ai nostri colleghi, così preferiamo attendere il giudizio che su di esso vorrà essere pronunciato da quelli che avranno avuta la pazienza di seguirci nella modesta esposizione del nostro caso clinico.

I primi 15 mesi del Comparto Ostetrico-Ginecologico

dell'Ospedale Maggiore di Milano

DIRETTO DAL PROF. **LUIGI MANGIAGALLI**

Ottobre 1888 - Dicembre 1889

RENDICONTO CLINICO

DEL DOTTOR CARLO DECIO, MEDICO ASSISTENTE

(Continuazione, vedi pag. 372).

CLASSE V.

Malattie delle ovaie, delle tube, del peritoneo e del cellulare pelvico.

A. Tumori ovarici.

I tumori ovarici accolti nel comparto nei quindici mesi che comprende il presente rendiconto sono in numero di 32, e li ho compendiati in prospetti in cui sono accennate le più interessanti particolarità. Nel primo di questi prospetti figurano le osservazioni in cui le pazienti si rifiutarono all'intervento operativo, e tre casi in cui, per l'avanzato grado della malattia, per la diffusione maligna al peritoneo, per le condizioni gravissime delle ammalate, si credette opportuno ricorrere alla puntura evacuatrice del liquido a scopo sintomatico.

Nel secondo prospetto invece ho disposte tutte le osservazioni in cui si praticò la ovariotomia. Sono esse in numero di diciotto. I casi non furono relativamente numerosi, ma in compenso offrono fatti e complicazioni svariate e rare che è qualche volta difficile osservare anche in una lunga serie di osservazioni.

PROSPETTO I.

Comprendente i tumori ovarici in cui l'ovariotomia non venne accettata od era controindicata.

Num. progr.	Generalità. Età. Stato, professione. Ingresso.	Dati anamnestici obbiettivi. Diagnosi.	Operazioni eseguite	Esito. Osservazioni.
1.	Rip. Gioconda. Anni 44. Contadina. Vedova. 31. 10. 88.	Mestrui a 17 anni regolari. IV para. Malata da 4 mesi per dolori al basso ventre il quale contemporaneamente si fece tumido. L'addome è enormemente disteso per *Cisti ovarica.*	Si rifiutò all'operazione proposta.	Uscì il 5. 11. 88.
2.	Cod. Antonietta. Anni 55. Contadina. Vedova. 2. 10. 88.	Mestrui a 18 anni regolari. IV para, ultimo parto 20 anni fa. Menopausa da 5 anni. Subito dopo il parto avvertì il tumore che andò vieppiù ingrossando ed ora lo è come a gravidanza a termine. *Cistovario destro, ipertrofia della porzione sopravaginale del collo prolassato.*	idem	Uscì il 20. 10. 88.
3.	Ber. Fortunata. Anni 40. Contadina. Nubile. 12. 11. 88.	Mestrui a 18 anni, scoli regolari, è nullipara. Da un anno dolori e tumefazione dell'addome. A domicilio subì una paracentesi. Si formula la diagnosi di *Cisto-carcinoma ovarico.*	idem	Uscì il 18. 11. 88.
4.	Cel. Irene. Anni 30. Casalinga. Maritata. 9. 2. 89.	Nullipara. *Cisti a sviluppo intraligamentario.*	idem	Uscì il 15. 2. 89.
5.	Bim. Dionigia Anni 27. Casalinga. Maritata. 9. 3. 89.	Donna sifilitica già ricoverata per parto prematuro di feto macerato. In 25.ª giornata di puerperio, fu colta da dolori di ventre, vivi, persistenti. Utero grosso in antilat. fless. destra, l'ovaio sinistro grosso come un arancio, mobile, indolente, elastico, può scorrere al davanti dell'utero. *Tumore ovarico sinistro nel suo periodo iniziale.*	idem	Uscì il 13. 3. 89.
6.	Moir. Margherita. Anni 32. Casalinga. Maritata. 12. 5. 89.	Mestrui a 13 anni regolari, 6 parti, ultimo da 3 anni. *Cisti ovarica sinistra nel periodo iniziale.*	idem	Uscì il 6. 6. 89.

Num. progr.	Generalità. Età. Stato, professione. Ingresso.	Dati anamnestici, obbiettivi. Diagnosi.	Operazioni eseguite.	Esito. Osservazioni.
7.	Com. Margherita Anni 47. Operaia. Nubile. 19. 5. 89.	Mestrui a 18 anni. È nullipara. Da un anno dolori e tumefazione dell'addome, i dolori sono continui nei quadr. inf. ed a carattere lancinante. Ghiandole inguinali palpabili. Addome tumido occupato da un tumore che a destra si insinua nello scavo, e quivi è di consistenza lapidea. Fenomeni di compressione del retto e della vescica. Deperimento notevole. *Cisto carcinoma ovarico con diffusione al peritoneo.*	Inopportuno qualunque intervento.	Fu mandata fra le croniche addì 8. 6. 89, e di là volle uscire per recarsi a domicilio.
8.	Ton. Teresa. Anni 44. Casalinga. Maritata. 12. 5. 89.	Mestrui a 17 anni. Tre gravidanze ed un aborto. Da soli 40 giorni mestruazioni assenti. Da 4 mesi dolori e tumefazione dell'addome con fenomeni di compressione a carico del retto e della vescica. Ghiandole inguinali palpabili. L'esame addominale fa propendere per una raccolta peritoneale saccata essendo altresì evidenti i segni di neoplasia maligna. Le condizioni generali della donna sono in uno stato deplorevole. *Carcinosi diffusa del peritoneo secondaria a carcinoma ovarico.*	*Puntura evacuatrice* il 12. 6. 89 ad ore 8 antimeridiane per l'enorme tumefazione dell' addome, con esito di discreta quantità di liquido color giallo chiaro.	*Morta* il 12. 6. 89 improvvisamente alle ore 2 114 pom. L'autopsia confermò i dati della istituita diagnosi, senza rilevare la causa della morte.
9.	Maz. Giulia. Anni 45. Sarta. Vedova. 13. 6. 89.	Mestrui a 13 anni. Menopausa a 38. Un parto da 23 anni, naturale. Da un mese difficoltà nella defecazione, dolori all'ipogastrio a fitte fuggevoli. Da 8 dì perdita sanguigna dai genitali. Addome tumido per una tumescenza irregolare, ottusa. Il collo uterino scomparso. L'utero (6 cent.) completamente fisso si fonde con una massa che invade l'escavazione. Scadute le condizioni generali. Vomito insistente. Il tumore cresce rapidamente. *Carcinosi ovarica con diffusione secondaria al peritoneo.*	*Puntura esplorativa* coll'aspiratore Potain il 25 luglio, uscì siero sanguigno in cui trovaronsi cellule pioidi, emasie.	Trasportata nel comparto croniche il 2 agosto 1889 e quivi morta il giorno 14 agosto 89.
10.	Sart. Ernesta. Anni 56. Casalinga. Vedova. 30. 12. 89.	Mestruò a 15 anni, sempre regolari gli scoli. III para, ultimo parto 20 anni or sono. Menopausa a 51 anni, dopo di che avvertì un graduale ingrossamento dell'addome che da 7 mesi ha assunto dimensioni straordinarie. L'esame addominale depone per tumore in parte solido, concomitante ad ascite. È in condizioni deplorevoli di deperimento generale, *vasto decubito, edemi* notevoli degli arti inferiori, edema polmonare, polso piccolo frequente. *Carcinoma ovarico.*	*Paracentesi a scopo sintomatico* il 30 dicem., viste le gravi condizioni. La puntura viene fatta nella zona sottoombelicale, fu tregquarti non dà esito a liquido, e nella cannula si trova una sostanza cretacea. Si inizia nella notte fuoruscita di liquido. Addì 2. 1. 90 si pratica ancora una paracentesi con esito a 14 litri di liquido che da ultimo presentava color sanguigno. Dopo l'evacuaz. fu agevole il palpare vaste proliferanti masse carcinomatose sorgenti dalle ime parti dell'addome.	Passata fra le croniche l' 11 gennaio 1890.

PROSPETTO II.

Contenente i tumori ovarici operati.

Numero progress.	Generalità. Età. Stato, professione. Ingresso.	Dati anamnestici, obbiettivi. Diagnosi.	Operazioni eseguite.	Esito. Osservazioni.
1.	B. Carlotta. Anni 31. Contadina. Maritata. 24. 10. 88.	*Cistoma ovarico a sviluppo estraperitoneale.*	*Ovariotomia* 13. 11. 88. — Doppia ferita della vescica orinaria. Sutura.	*Guarigione.* Uscita il 2 gennaio 1889.
2.	B. Giuseppina. Anni 20. Operaia. Nubile. 31. 10. 88.	*Cistoma ovarico sinistro.* — Metrorragie ostinatissime.	*Ovariotomia* 22. 11. 88.	*Guarigione.* Uscì il 14 dicembre 1888.
3.	C. Maria. Anni 36. Contadina. Maritata. 14. 11. 88.	*Voluminoso cistoma ovarico sinistro complicato con gravidanza al quarto mese.*	*Ovariotomia* senza interruzione della gravidanza, 26. 11. 88.	*Guarigione.* Uscì il 18. 12. 88. La gravidanza si protrasse fino al nono mese.
4.	N. Luigia. Anni 42. Cucitrice. Maritata. 23. 12. 88.	*Cistoma ovarico sinistro.* — Deiscenza del peduncolo.	*Ovariotomia* 5. 1. 89.	*Morte* per grave perturbamento dell'azione cardiaca in quarta giornata.
5.	M. Giuseppina. Anni 32. Nubile. 14. 1. 89.	*Cistoma ovarico sinistro.*	*Ovariotomia* 5. 1. 89.	*Guarigione.* Uscì il 13. 2. 89.
6.	C. Maria. Anni 48. Lavandaia. Maritata. 2. 1. 89.	*Cistovario uniloculare sinistro.* — Torsione del peduncolo. Versamento emorragico nella cisti, ematoma del peduncolo. Aderenze parietali, omentali, intestinali, pelviche.	*Ovariotomia* 19. 1. 89.	*Guarigione.* Uscì il 10. 2. 89.
7.	M. Carolina. Anni 62. Contadina. 3. 1. 89.	*Enorme cistoma ovarico sinistro,* con vaste aderenze parietali, aderenze intestinali e contemporanea ascite.	*Ovariotomia* 4. 2.	*Guarigione.* Uscì il 27. 2.

Num. progr.	Generalità. Età. Stato, professione. Ingresso.	Dati anamnestici, obbiettivi. Diagnosi.	Operazioni eseguite.	Esito. Osservazioni.
8.	Car. Filomena. Anni 27. Casalinga. Maritata. 16. 2. 89.	Mestrui a 14 anni, sempre regolari, un parto 3 anni or sono. Da sei mesi forti dolori al quadrante inf. di destra che si esacerba nelle ricorrenze mestruali nelle quali la perdita di sangue è irregolare. Collo uterino breve: nella tasca di Douglas e verso destra vi è una tumescenza elastica dolente del volume di una mandarina. Negativo l'esame generale. Si credette dapprima ad una ovarite, ma l'ostinata stazionarietà dei fenomeni pelvici e la durezza lapidea di un piccolo segmento della tumescenza fece propendere per una cisti dermoidea. *Cisti dermoide dell'ovaio destro.*	*Ovariotomia* 29. 3. 89. — La cisti nei maneggi si ruppe; in essa fu trovato un ciuffo di capelli ed un dente incisivo. Cauterizzazione del peduncolo col termocauterio, affondamento. Decorso apiretico, tolti i punti in undecima giornata, coalito perfetto.	*Guarigione.* Uscì il 20. 4. 89. Mi consta che attualmente la donna si trova nel corso di una gravidanza al settimo mese, la quale procede in modo regolare.
9.	Ta. Caroliua. Anni 40. Contadina. Vedova. 17. 6. 89.	Mestrui a 20 anni, ed è ancora tributata. Edemi in antecedenza. VIII para, ultimo parto 9 anni sono. Da 8 anni progressivo aumento di volume del ventre senza disturbo soggettivo. Il ventre è enorme, circonferenza massima centimetri 131. L'esame addominale oltre alla presenza del tumore fa notare altresì una raccolta libera. La paziente è in condizioni miserrime di deperimento: oltre a vizio valvolare del cuore, si riscontrano i dati da formulare il diagnostico di *Cisti ovarica complicata ad ascite che si sospetta in rapporto con Cirrosi epatica. Enorme tumore di milza.*	*Ovariotomia* il 25. 6. 89. Peritoneo assai ispessito da simulare una parete di cisti: inciso si dà esito a notevole quantità di liquido siero citrino. Milza ingrossata, fegato atrofico (stadio cirrotico). Ovaio sin. normale, il destro grosso come una testa fetale, peduncolato. Cauterizzazione del peduncolo con acido fenico al 10 0[0. Affondamento. Sutura.	*Guarigione.* La ferita ebbe coalito buono, solo mancò in 2 punti inferiori per lo stillicidio stabilitosi ma tolta in dodicesima giornata la sutura trovossi la cicatrice soddisfacente. Gli edemi crebbero. Si ripristinò la ascite il 25. 7. Si praticò la paracentesi con esito a litri 6 1[2. Passò in sala medica il 27 luglio chiusa la breccia laparotomica.
10.	Bell. Carolina. Anni 24. Contadina. Maritata. 29. 6. 89.	Questa paziente era entrata già nel mese di aprile essendo allora al quarto mese di gravidanza. Notisi che la donna durante il puerperio del primo parto avvenuto il 5. 9. 88, aveva subìto la paracentesi con esito a 14 litri di liquido vischioso filante, e poco dopo tale operazione fu ripetuta due volte. Le condizioni permettevano un atto operativo, ma essa vi si rifiutò. Allorquando ci ritornò il 29. 6. 89, era in condizioni miserrime con febbre altissima e marasma avanzato, polso 132. A domicilio	*Ovariotomia* il 5. 7. 89. Per la divaricazione dei retti addominali o per le aderenze che il tumore aveva contratto cogli strati superficiali delle pareti, il bistorì venne ad incidere di un colpo anche la parete ant. della cisti, da cui sgorgò un getto di liquido prettamente purulento. Svuotata la sacca, e disinfettata con irrigazione borica si procedette al distacco delle aderenze (7 allacciature) non senza lieve fatica, e, guadagnato il pe-	*Morta* il giorno 8 agosto per setticemia.

Num. progr.	Generalità. Età. Stato, professione. Ingresso.	Dati anamnestici, obbiettivi. Diagnosi.	Operazioni eseguite.	Esito. Osservazioni.
		essendo la gravidanza inoltrata al settimo mese le fu praticata una puntura con esito a 6 litri di liquido; poche ore dopo partorì (giorno 7. 6). Di lì a poco insorsero vivi dolori addominali, febbri serotine piuttosto gagliarde. Si decide per l' intervento operativo quantunque scarsissime fossero le speranze di poterla strappare alla morte. Di questo importante caso verrà data la storia completa nella parte *gravidanza.* *Cisti ovarica suppurata.*	duncolo, si asportò la cisti. Cauterizzazione del peduncolo. Toilette del peritoneo, sutura. Medicazione. Ogni sforzo successivo riuscì vano, il polso non si modificò, la temperatura si mantenne elevata e la donna soccombeva in tredicesima giornata.	
11.	Can. Amalia. Anni 45. Casalinga. Vedova. 7. 8. 89.	Tossicolosa da un anno, emoftoe. Mestrui a 14, regolari. Primipara: a 22 anni, parto settim., feto morto. Da 7 anni ha sviluppo dell'addome lento, accompagnato da incostanti dolori. Le mestruazioni fluiscono regolari. L'addome è sviluppato come a gravidanza di 7 mesi per una massa molle, elastica, sferoidale. Note di inspessimento agli apici polmonari. *Cisti ovarica destra.*	*Ovariotomia* il giorno 11. 8. 89. Si rilevò forte dilatazione della tuba di destra con raccolta purulenta, ed accanto ad essa una cisti ovarica per metà sviluppata nel cellulare pelvico, e metà endoperitoneale; a sinistra esisteva un'altra cisti ovarica che fu evacuata, estratta e peduncolata agevolmente, mentre riescì molto laboriosa l' esportazione della cisti di destra e del piosalpinge. Il decorso fu afebbrile, T. mass. 37.2, in prima giornata, poi sempre sotto dei 36.8. Polso salì dai 120 ai 140. Delirio, vomito, singhiozzo, coma.	*Morta* il 14. 8. 89. per setticemia. Una piccola lacerazione del mesenterio aveva dato origine ad una lieve emorragia in quantità di un mezzo bicchiere circa.
12.	Mac. Luigia. Anni 49. Contadina. Maritata. 18. 9. 89.	Sei gravidanze e due aborti senza conseguenze. Da 2 anni si accorse di un tumore che va crescendo e da tre settimane qualche dolore. Menopausa da 2 anni. L' addome è sviluppato come a gravidanza a termine. I dati della esplorazione vaginale confermano la diagnosi di *Cistovario destro* che venne trovato *a contenuto puriforme.*	*Ovariotomia* il 30. 9. 89. Cisti uniloculare molto vascolarizzata, aderenze lasse estese a tutta la superficie anteriore. Contenuto della cisti puriforme. Affondamento del peduncolo. Sutura. Decorso apiretico. In settima giornata insorge piuria tumultuaria ed abbastanza ostinata. Il coalito della ferita fu perfetto.	*Guarigione.* Uscì il 15. 11. 89.
13.	Bott. Maria. Anni 60. Casalinga. Vedova. 10. 10. 89.	Mestrui a 16. Da tempo nella menopausa 6 parti ed un aborto. Ultimo parto a 50 anni. Da un anno insorse un tumore che distende l'addome più che in gravidanza a termine. Note di ateroma e di catarro bronchiale piuttosto rilevanti. Nel resto condizioni discrete. *Cistovario destro.*	*Ovariotomia* il 20. 10. 89. Ampia cisti uniloculare destra. Peduncolo lungo. Affondamento. Sutura. Decorso apiretico. Coalito ottimo, tolti i punti il 20. Si alzò il giorno 30.	*Guarigione.* Uscì il 8. 11. 89.

Num. progr.	Generalità. Età. Stato, professione. Ingresso.	Dati anamnestici, obbiettivi. Diagnosi.	Operazioni eseguite.	Esito. Osservazioni.
14.	Cali. Margherita. Anni 60. Operaia. Vedova. 10. 11. 89.	Mestrui a 13 anni. Menopausa da 14 anni. Nullipara. Accidentalmente si accorse tre mesi or sono di ospitare nell'addome una tumescenza grossa come una testa fetale che è mobile, elastica, di risonanza ottusa. L'utero è retroflesso. Note di ateroma centrale o periferico. *Cisti ovarica.*	*Ovariotomia* il 16. 11. 89. Decorso regolare. Coalito della ferita perfetto. Tolti i punti in decima giornata.	*Guarigione.* Uscì il 10. 12. 89.
15.	Panigh. Maria. Anni 23. Tessitrice. Maritata. 7. 11. 89.	Mestrui a 14 anni, gli scoli sono sempre dolorosi. Il para l'ultimo parto 8 mesi fa. Se non che dopo il parto si accorse che l'addome si manteneva ancora disteso per una tumescenza che era apparsa prima della gravidanza. Tale tumescenza è mobile, liscia, molle, elastica ed è assai cresciuta da poco tempo. L'utero è in retroflessione. Negativo l'esame generale. *Enorme cisti dermoide destra.*	*Ovariotomia* il 11. 11. 89. Salde aderenze omentali. La cisti è piena di un contenuto di aspetto e consistenza cretacea; isolata dalle aderenze si estrae, essa è unita per sottile peduncolo torto su sè stesso e ad una ansa intestinale. Affondamento del peduncolo. Toilette. Sutura. Decorso apiretico. Coalito perfetto. Nella cisti si rinvennero deposizioni ossee.	*Guarigione.* Uscì il 6. 12. 89.
16.	Big. Luigia. Anni 68. Casalinga. Maritata. 22. 11. 89.	Mestrui a 14 anni, regolari. Menopausa a 53. 7 gravidanze, ultimo parto a 35 anni. Da 2 anni è malata per dolori che insorsero al quad. inf. di destra dell' addome ove avvertì una tumescenza che gradatamente aumentando finì col guadagnare tutto quanto l'addome. Ha fenomeni di compressione della vescica. Non vi ha sviluppo di circolo collaterale delle pareti addominali, ghiandole inguinali palpabili, ed i segni manifesti di raccolta libera endoperitoneale. L'utero piccolo è nella concavità sacrale, un segmento del tumore si impegna nella piccola pelvi. Circonferenza massima cent. 120. L'esame generale mostra un deperimento ragguardevole. Spiccate note di senilità, ateroma centrale e periferico. Si fa diagnosi di *Tumore ovarico sinistro complicato ad ascite,* ateroma centrale o periferico. Catarro bronchiale diffuso, enfisema.	*Ovariotomia doppia* 25. 11. 89. — Incise le pareti addominali ed il peritoneo uscì buona copia di liquido ascitico, indi con puntura si sgorgò il liquido della cisti che venne non senza lieve fatica isolata dalle numerose aderenze colle pareti addominali. Il tumore era in gran parte solido, formato da tante concamerazioni. Affondamento del peduncolo. Si riscontrò anche una piccola cisti sull'ovaio destro che venne essa pure levata. Toilette. Sutura. Il decorso fu apiretico, il coalito della ferita perfetto.	*Guarigione.* Uscì il 22. 12. 89. eziandio migliorata dalla forma bronchiale.

Num. progr.	Generalità. Età. Stato, professione. Ingresso.	Dati anamnestici, obbiettivi. Diagnosi.	Operazioni eseguite.	Esito. Osservazioni.
17.	Air. Veturia. Anni 59. Passamantiera. Nubile. 1. 12. 89.	Mestrui a 14 anni. Scoli sempre regolari. Menopausa da 3 anni. Nullipara, integri i genitali esterni. Da 2 anni il ventre le si va aumentando. Essa non provò mai molestia alcuna. Costituzione generale buona, note di senilità. L'addome è grandemente sviluppato, specialmente a sinistra: la ispezione e la palpazione, e la percussione depongono in favore di una : *Cisti ovarica multiloculare di sinistra* la cui parte posteriore è costituita da cisti più resistente.	*Ovariotomia*. 18. 12. 89. — Si confermò la diagnosi istituita, cioè una sacca enorme anteriormente, e posteriormente un conglomerato di piccole cisti a contenuto di diversa densità. Nessuna aderenza. Sul tumore) si scorge la tuba stirata lunga cent. 30. Il peduncolo piccolo. Il peso del tumore senza 6 litri di liquido della sacca era di chilog. 4,300. Fino all'ottava giornata decorso regolare indi risalti termici e la fenomenologia della dominante *influenza*. Suppurati i punti di sutura, ma il coalito della ferita perfetto.	*Guarigione*. Uscì il 17. 1. 90.
18.	Fer. Maria. Anni 36. Servente. Vedova.	Mestrui a 18 anni sempre dolorosi, ma regolari, è nullipara. Genitali esterni sani, notevole sviluppo delle ninfe. Malata da 5 mesi per dolori al basso ventre che si irradiano lungo il lato interno della omonima coscia. Sul quadrante inferiore destro si palpa una tumescenza mobile indolente, di risonanza ottusa, l'utero in antilatero versione destra, una piccola parte della detta tumescenza si impegna nella pelvi posteriormente ed a destra. Si fece diagnosi di *Cistovario destro*.	*Ovariotomia*. 22. 12. 89. — La cisti era munita di largo peduncolo che fu segmentato ed affondato. In quarta giornata si osservarono elevazioni termiche che perdurarono. Il giorno 30 si constatò la suppurazione dei soli punti superiori della sutura, benchè la adesione delle superfici della ferita fosse perfetta. Ai primi di genn. fu colta da influenza.	*Guarigione*. Partì il 1. 2. 90.

(Continua).

RASSEGNA OSTETRICA

Dott. Hertzsch. — **Sieben weitere Beiträge zur Lehre vom conservativen Kaiserschnitte** *(Contribuzione di altri sette casi allo studio del taglio cesareo conservatore). — Archiv. für Gynäck.,* Vol. XXXVIII, Parte I.

Principale scopo dell' A. nel riferire la storia di sette casi operati di taglio cesareo conservatore nella Clinica Ostetrica di Lipsia, è quello di far rilevare l' importanza di un fatto fino ad ora preso in non molta considerazione; quello cioè che riguarda le consecutive aderenze dell' utero colla parete addominale. — Per quanto concerne la disinfezione ed il processo di operazione dice essere stati seguiti i precetti dati dallo Zweifel in un lavoro pubblicato sul medesimo giornale, colle poche varianti, che all'acido fenico venne sostituita la soluzione al sublimato (1 p. 00/00), che venne impiegata la seta subito dopo averla passata dall' acqua bollente in una soluzione fenicata al 3 p. 0/0, che venne usato il catgut dopo averlo preparato lasciandolo dapprima per 48 ore in una soluzione di sublimato all'1 per 500, poi per 14 giorni in olio di ginepro ed in ultimo in alcool. Fatta la storia dettagliata dei singoli sette casi, dice come con questi sommino ora a 22 i tagli cesarei conservatori eseguiti nella clinica di Lipsia sopra 21 donne, delle quali una sola venne a morte. Delle 20 donne, appena 3 ridivennero incinte; e di esse, 2 furono poi operate di parto prematuro artificiale da Sänger e Weber, e la terza venne operata dallo Zweifel di taglio cesareo. Riguardo alla questione delle aderenze, asserisce l'A. che per quanto risultino meno spiccate le circostanze favorevoli alla loro produzione, allorchè si fa uso del catgut e della seta a preferenza del filo d'argento, pure il fatto alla fine non mancò mai di prodursi nei suoi sette casi, nei quali al momento della dimissione delle singole pazienti fu trovato l' utero più o meno fisso alla parete addominale, e di un volume di gran lunga superiore a quello che avrebbe dovuto presentare dopo tanti giorni dal parto. Per ovviare a tale conseguenza pensò l'A. di cambiare dapprima la sede dell' incisione uterina. Nel secondo caso la eseguì al fondo, e, fatta la sutura, vi stese sopra l'omento che la coprì completamente. Le aderenze si fecero ugualmente; e d'altra parte tale processo porterebbe con sè il pericolo di aderenze intestinali, senza tenere conto della maggiore difficoltà dell' atto operatorio, spe-

cialmente durante la sutura. Nel terzo caso l'incisione venne fatta molto all'inbasso; ma anche quivi non mancarono le aderenze, e per di più l'estrazione del bambino fu assai difficile, tanto da richiedere una maggiore estensione del taglio con formazione di una accidentale bottoniera nel peritoneo vescico-uterino. Allora, seguendo le riuscite esperienze fatte dal Döderlein sui conigli, provò a spalmare di collodion jodoformato la sutura uterina per togliere il contatto di due superfici gementi sangue; ma il tentativo fatto nel caso IV fallì completamente, l'utero essendosi ancora fissato all'addome. Nè il materiale da sutura, appositamente preparato colla più scrupolosa cura da un farmacista, e sotto la direzione di un medico, valse ad impedire le aderenze, come appunto avvenne nel caso V. Nel concetto poi che alla produzione di tali adesioni fosse più che sufficiente una sola superficie trasudante, nell'ultimo caso ricoprì la sutura uterina, fissandovela ai quattro angoli, di una vescica natatoria di pesce dapprima resa asettica mediante la bollitura, ed il soggiorno in una soluzione di sublimato all'1 p. 00[00; ed infatti non mancarono le aderenze, determinate in questo caso dal cementarsi della vescica del pesce colla sierosa parietale. Nè migliori risultati ottenne dalle suture separate del peritoneo parietale dal resto della parete addominale, come mise in pratica nei due casi I e VI. Si obbietta che non è poi tanto necessario di impedire queste aderenze, poichè talora non portano molestie di sorta, e più tardi si rallentano spontaneamente in modo, che l'utero dopo un tempo più o meno lungo ridiventa libero. Alla prima obbiezione l'A. risponde che se ciò può avvenire fino a che l'utero rimane vuoto, insorgendo gravidanza in seguito a tale aderenze, si può avere spiccato spostamento anteriore dell'utero con tutta la sindrome propria di tali spostamenti; ed alla seconda contrappone il risultato dell'esperienza clinica, che, nei casi di ripetuto taglio cesareo nella stessa donna, constatò la presenza di tale aderenza fra l'utero e la parete addominale. Infine aggiunge l'A. come siffatte aderenze possano rendere oltremodo difficile l'esame uterino mediante il sondaggio, che d'altra parte resta il mezzo più sicuro per diagnosticarle.

Bertazzoli.

Dott. V. Ott. — **Kaiserschnitt nach der methode von Porro mit günstigem Erfolge für mutter und Frucht. Anzeige: Fibromyoma colli uteri cum graviditate** *(Taglio cesareo secondo il processo Porro con esito favorevole per la madre ed il bambino. Indicazione: Fibromioma del collo dell' utero in gravidanza). — Archiv. für Gynäck.*, Vol. XXXVIII, Parte I.

Il tumore, di cui parla l'A. nella sua storia, avea talmente ostruito il canale vaginale che non vi si poteva introdurre più di un dito, ed allo stretto superiore, in

corrispondenza del diametro antero-posteriore, restava uno spazio utile di non più di 3-4 cent. L'atto operativo venne così eseguito: incisione sulla linea mediana e sgusciamento dell'utero dopo averlo liberato da due larghe aderenze coll' omento. Tubo di gomma sul collo uterino al di sopra del fibromioma, e sua fissazione mediante l'istrumento del Pozzi. Incisione della matrice, ed estrazione di un bambino vivo. Distacco degli annessi — scarsa l'emorragia — amputazione dell'utero e di amendue le ovaie. — Il moncone, a larga superficie, viene suturato, come in una miotomia, con numerosi punti staccati (circa 70-80) divisi in tre piani, ed al di sopra viene riunito il peritoneo. — Rallentato il tubo costrittore vennero separatamente legati alcuni punti ancora sanguinanti, ed il peduncolo è abbandonato nell'addome. Decorso successivo abbastanza buono. La temperatura solo due volte sale fino a 38° 4, mentre di solito oscilla fra i 37° 9 e 38°. Nessuna secrezione lattea. Al decimo giorno formazione di un ascesso all' ipogastrio, che spontaneamente si apre dopo cinque giorni, lasciando però un tragitto fistoloso, alla cui guarigione occorre, dopo un anno e mezzo di durata, l'applicazione di un drenaggio addomino-vaginale. Il tumore in questo tempo si era talmente ridotto di proporzione da essere appena rilevabile all' esame vaginale.

BERTAZZOLI.

Dott. A. DÖDERLEIN. — **Vergleichende untersuchungen über Fruchtwasser und fœtalen Stoffwechsel** *(Ricerche comparative sul liquido amniotico e sul ricambio materiale del feto). — Archiv. für Gynaeck.*, Vol. XXXVII, Parte I.

L'A. si propone colle sue esperienze di determinare mediante l'analisi chimica l'origine e l' importanza dei liquidi amniotico ed allantoideo; inoltre se il feto dei mammiferi riceva le sostanze di formazione e di nutrimento dalla placenta o dal liquido amniotico; e se durante lo sviluppo intrauterino funzionino o no i reni fetali. L'esperienze le fece sulle giovenche, e perchè più facile a trovarne di gravide, e perchè in esse le vesciche, amniotica ed allantoida, contengono già nei primi periodi della gravidanza una quantità di liquido sufficiente per tali ricerche; ed i risultati a cui giunse sono alquanto discordi da quelli di Majewski e Tschernow che lo precedettero in simili ricerche. Essi ponno così riassumersi: Le parti solide aumentano nei liquidi amniotico ed allantoideo col crescere del feto. Il liquido amniotico contiene in ogni tempo albumina che aumenta colla gravidanza da 0.32 fino a 4.04 per 00_{100}. La quantità assoluta del liquido amniotico aumenta da principio col crescere del feto, ed anzi più rapidamente che il liquido allantoideo; ma più tardi, dalla metà della gravidanza sino alla fine, continuamente diminuisce. E tale diminuzione ammette l'A. che succeda perchè il liquido amnio-

tico viene bensì deglutito dal feto ed in proporzione abbastanza rilevante durante questa epoca, non già però allo scopo di fornire al feto i materiali di nutrizione, e di sviluppo, ma solo per rispondere al bisogno d'acqua che il feto proverebbe nei periodi avanzati del suo sviluppo. Il liquido amniotico è in virtù della sua composizione da considerarsi come trasudato del sangue; ma da quali vasi tale trasudazione avvenga, l'analisi non può chiarire; ed è in vista dei risultati suoi in contraddizione con quelli ottenuti da altri ricercatori che l'A. ritiene come tale questione potrebbe solo essere risolta qualora uguali esperienze venissero fatte nella giovenca nei diversi periodi di gravidanza. Riguardo all'origine del liquido allantoideo l'A. ottenne più sicure conclusioni. Così l'analisi della cenere dei residui solidi fa considerare il liquido allantoideo ad ogni periodo come urina fetale, poichè il feto della giovenca fino dai primi periodi di sviluppo secerne ed emette orina. La presenza dell'albumina nel liquido allantoideo l'A. la spiega ammettendo che i reni fetali producano orina contenente albumina, come infatti ebbe a verificare in un caso, ma albumina sotto un altro stato; poichè mentre precipiterebbe aggiungendo dell'alcool al liquido allantoideo, colla bollitura e coll'acido nitrico non darebbe che un leggiero intorbidamento. E l'aumento della quantità dell'albumina collo sviluppo del feto mostrerebbe che negli ultimi mesi viene secreta un'orina più concentrata che nei primi, come appunto esprime anche il costante aumento dei sali di potassio. Nei neonati umani se si prova l'orina subito dopo la nascita, vi si trova minore la proporzione dell'albumina, che va rapidamente decrescendo nei primi giorni della vita estrauterina; ma per potere assolutamente stabilire essere l'albuminuria una proprietà dei reni fetali non si dissimula l'A. essere ancora necessarie numerose e diligenti ricerche eseguite su vari animali.

BERTAZZOLI.

PROF. DOHRN. — **Ueber die operativen Befugnisse der preussischen Hebammen** *(Intorno alla facoltà di eseguire operazioni ostetriche da parte delle levatrici tedesche). — Deut. Med. Wochens.*, 1890, N. 7.

Dopo avere accennato ai discordi pareri degli ostetrici sulla limitazione o meno della facoltà di operare da parte delle levatrici, dice l'A. come le due principali operazioni, intorno alle quali in proposito si discute, sieno il rivolgimento interno e l'estrazione della placenta. Invece sopra un altro genere di intervento, come sull'aiuto nei parti podalici a lungo protraentisi, sul disimpegno delle braccia e della testa non esiste controversia di sorta, venendo da ogni parte riconosciuto come tale prestazione possa benissimo restare di competenza delle levatrici.

Il rivolgimento interno è oggi in Prussia permesso alle levatrici nei due seguenti casi: nelle pluripare con bacino ampio, qualora, a bocca uterina comple-

tamente dilatata, dovessero presumibilmente trascorrere ancora per lo meno due ore prima della venuta del medico; nella presentazione trasversa fissa, qualora per lo meno dovessero passare altre dodici ore prima dell'arrivo del medico ed intanto si presentasse un momento favorevole per l'esecuzione del rivolgimento. Da raccolte informazioni sopra un numero complessivo di 85820 parti, avvenuti in tredici distretti della Prussia orientale, risultò all'A. che dalle levatrici venne eseguito il rivolgimento 293 volte; come risultò che la frequenza di tale atto operativo da parte delle levatrici non è legata alla scarsità del personale medico ed alla deficienza dei mezzi di comunicazione, ma bensì alla smania di operare da parte di alcune di esse.

Nel regno di Sassonia, secondo quanto scrive all' A. il prof. Leopold, è assolutamente proibito alle levatrici l'operazione del rivolgimento interno, come lo è nella Baviera; invece viene permesso nel Granducato di Baden e nel Würtemberg per quanto sotto condizioni abbastanza restrittive.

L'A. volle consultare anche diversi medici distrettuali per conoscere il loro avviso sulla questione se si debba o no permettere il rivolgimento alle levatrici. Dei 45 interrogati, 31 si pronunciarono favorevoli a tale concessione, quando, per il ritardo del soccorso medico, l'atto operativo venisse a rendersi molto più difficile con maggiore pericolo per la madre e per il feto, e 14 la negarono decisamente.

L'A., in base alla sua lunga esperienza, si mostra favorevole al formale divieto per le levatrici di eseguire tanto il rivolgimento che l'estrazione della placenta; poichè, colla nessuna garanzia che fino ad ora si può avere da parte delle levatrici nell'assistenza asettica dei parti, ritiene sia di gran lunga preferibile l'attendere di qualche ora il medico, che il permettere loro l'introduzione della mano nella cavità uterina colla quasi certezza di una consecutiva forma infeziosa. « Nella intelligente assistenza e nella prudente aspettazione si circoscrivano le prestazioni delle levatrici! Questo corrisponde alle loro forze. »

BERTAZZOLI.

Prof R. OLSHAUSEN. — **Ueber Extrauterin-schwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft** *(Della gravidanza extrauterina, e specialmente della terapia duramte la seconda metà della gestazione). — Deut. Med. Woch*, 1890, N. 8, 9 e 10.

Rilevata la frequenza abbastanza notevole dei casi di gravidanza extrauterina, riguardo alla eziologia l'A., pure accettando in proposito le idee dell' Hecker e del Martin, conviene che nulla di certo si può peranco affermare, essendoci affatto

sconosciuto per quale forza propriamente venga l'uovo condotto nella cavità uterina, e dove venga normalmente fecondato, se nell'ampolla della tromba, che Henle designa come *receptaculum seminis*, o se non piuttosto nella cavità dell'utero, come affatto di recente parrebbe ritenere il Wyder. Sulla controversa questione poi se le produzioni polipose aventi sede all'orificio interno della tuba o lungo questo condotto possano o no essere ritenute come cause dello sviluppo di una gravidanza extrauterina, dopo avere citato i casi del Leopold, del Beck, del Breslau, del Wyder, del Küstner che deporrebbero favorevolmente, e quelli dell'Ahlfeld che dimostrerebbero il contrario, espone il classico caso del Wyder, in cui nell'uno dei polipi fu riscontrato la struttura deciduale e nell'altro la struttura fibrillare alla sua periferia. Aggiunge quindi la dettagliata ed interessante descrizione del caso a lui occorso, nel quale trattavasi di gravidanza tubarica destra con rottura della tromba dopo otto settimane di sospensione mestruale e morte per emorragia interna. L'autopsia diede il seguente reperto: perimetrite di vecchia data, mioma interstiziale, formazioni polipose entro la tuba, uovo di quattro o cinque settimane circa. In questo caso la struttura puramente fibrillare dei polipi tubari verrebbe a stabilire la loro formazione ad un'epoca anteriore alla gravidanza, e quindi la chiusura del lume interno della tromba legata alla loro presenza potrebbe essere invocata come causa della produzione della gravidanza tubarica. Riguardo alla eziologia ricorda ancora l'A. la presenza relativamente frequente di prodotti gemellari nelle gravidanze ectopiche, forse per il fatto dell'aversi i due ovuli chiusa reciprocamente la strada. Accenna pure a quanto già ebbe a far notare Freund, circa lo stato delle trombe, che nella donna adulta ponno talora conservare i caratteri infantili della maggiore flessuosità con dei diverticoli e con una minore resistenza delle pareti, fatti che potrebbero esercitare una certa influenza sulla produzione di una gravidanza tubarica, come potrebbero rendere più facile ed anticipata la rottura della tromba medesima. Infine rileva il fatto del ripetersi talora di una gravidanza ectopica nella stessa donna, fatto alla cui spiegazione è difficile l'arrivare.

In quanto spetta all'anatomia patologica accetta l'opinione di Schroeder, condivisa da Veit, Litzmann e Werth, circa la grandissima prevalenza delle gravidanze extrauterine tubariche; mentre per l'ammissione di casi di gravidanza tubo-ovarica dice essere necessario un più che diligente esame, potendo quivi essere assai facili gli errori. Ammette eesere ancora insoluta la questione della gravidanza addominale primitiva, per quanto la possibilità di una primitiva fissazione dell'uovo fecondato sul peritoneo e del suo ulteriore sviluppo non sia fino ad oggi veramente dimostrato.

Nella sintomatologia fa notare come il fatto di una perdita sanguigna dai genitali dopo una sospensione mestruale di uno o due mesi, accompagnato dalla esistenza ai lati dell'utero di un tumore elastico, circoscritto, piriforme, a super-

ficie liscia, mentre la matrice presenta un aumento nel suo volume, faciliti la diagnosi di una gravidanza tubarica, che viene accertata più tardi dall'espulsione della decidua uterina. Ma d'altra parte non si nasconde come uno sbaglio di diagnosi, massime a questa epoca di gestazione, sia cosa tutt'altro che rara, massime se dopo la rottura della tromba senza la frequente concomitanza di fenomeni allarmanti, il tumore diffuso che ne risulta perda tutti i caratteri testè accennati per avvicinarsi a quelli dati da un semplice ematocele o da un tumore ovarico. Così capitò appunto all'A. di diagnosticare per tumore ovarico una gravidanza uterina in un utero in retro-posizione. In questo secondo caso la paziente abortiva qualche giorno dopo l'operazione.

La diagnosi nella seconda metà di una gravidanza extrauterina, quando si abbia la possibilità di esaminare ripetutamente l'ammalata, può con abbastanza sicurezza farsi coll'ascoltazione del battito cardiaco e colla percezione mediante lo stetoscopio, dei moti attivi fetali, poichè una volta stabilita l'esistenza della gravidanza, di solito non riesce difficile il poter arrivare a convincersi come il prodotto del concepimento si trovi fuori della cavità dell'utero. Invece più difficile si rende tale diagnosi quando il bambino è morto già da tempo, come succede appunto di frequente in quei casi che capitano al medico specialista, ed in cui l'esistenza sola della gravidanza non può essere ammessa che in via di probabilità. Dei nove casi che l'A. ebbe ad esaminare in questi ultimi anni, solo in uno invece della diagnosi di gravidanza extrauterina venne posta quella di un tumore, e ciò per la morte del feto avvenuta a metà circa della gestazione, e per essersi la paziente presentata alla visita cinque mesi dopo la successa morte del feto.

Circa la terapia l'A. non esita a dichiararsi partigiano dell'intervento operativo nei casi di gravidanza extrauterina anche nella prima metà della gestazione, ma a tromba non ancora rotta; poichè quando tale accidente sia occorso, ammette che la condotta del chirurgo debba essere regolata della gravità dell'emorragia interna, dalle condizioni generali della paziente e da quelle anche dell'ambiente. E riguardo al trattamento della gravidanza extrauterina giunta nella seconda metà della gestazione, se il feto è morto, è meglio, secondo l'A., attendere 8 o 10 settimane dalla sua morte prima di passare alla laparotomia, qualora speciali circostanze non spingano ad un anticipato intervento, per quanto la morte fetale non ci assicuri poi del pericolo della rottura della tromba, mentre le potrebbe tener dietro il fatto della suppurazione ed anche della putrefazione endocistica. Ed anzi l'A. esprime il dubbio se anche in avvenire, dopo i progressi fatti nella emostasi anche in queste operazioni, sarà da preferirsi l'aspettazione all'intervento più sollecito pur dopo la morte del feto.

A queste considerazioni l'A. fa seguire la dettagliata descrizione di altri otto casi di gravidanza extrauterina da lui operati a termine o pressochè a termine di gestazione, e dei quali mi rincresce non poter dare nemmeno il sommario

per ragioni di spazio, e riassume nelle seguenti conclusioni il suo pensiero riguardo alla terapia della gravidanza extrauterina.

I. Nei primi mesi di una gravidanza extrauterina, a diagnosi quasi sicuramente posta, è indicata la laparotomia coll'esportazione della cisti fetale prima che avvenga la rottura della tromba;

II. Invece a quest'epoca di gestazione ed a rottura già avvenuta è da ricorrersi all'operazione solo nel caso di manifestazioni minacciose per la vita della donna;

III. Se sono trascorsi i primi mesi della gravidanza extrauterina con o senza sintomi di avvenuta rottura, e l'uovo progressivamente aumenta, allora si deve passare all'atto operativo quanto più presto si può;

IV. A feto vivo nella seconda metà della gravidanza si deve operare il più sollecitamente possibile, senza riguardo alla vita del feto; ed anche a gravidanza a termine o quasi non è da aspettare che avvenga la morte del prodotto del concepimento, poichè l'attesa porta con sè maggiori pericoli dell'operazione a feto vivo;

V. Quando è possibile si deve esportare tutta intera la cisti; in caso diverso la si deve fissare mediante sutura alle pareti addominali prima o dopo averla svuotata del contenuto. La elitrotomia ed il drenaggio per vagina sono qui da rigettarsi;

VI. Per l'emostasi contro una grave emorragia durante l'operazione è da impiegarsi la legatura delle arterie ovarica ed uterina;

VII. In alcuni determinati casi è da esaminarsi se non convenga lasciare in posto la placenta e chiudere completamente la ferita addominale.

BERTAZZOLI.

Dott. A. DÜHRSSEN. — **Ueber den Werth der tiefen Cervix, und Scheiden, Damm-Einschnitte in der Geburtshülfe** (*Sull'utilità delle profonde incisioni cervicali e vagino-perineali in ostetricia*). — *Archiv. für Gynaekologie*, Vol. XXXVII, Parte I.

Appoggiato alla statistica di dieci casi trattati colle profonde incisioni prima di passare al richiesto atto operativo, nei quali non fuvvi alcun decesso riguardo alle pazienti, per quanto tre di esse fossero state accolte già in preda ad infezione, ed in cui uno solo dei bambini morì per asfissia in seguito a compressione del cordone durante l'abbassamento di un piede, l'A. si dichiara apertamente favorevole ai tagli cervicali estesi fino all'inserzione vaginale, ogni volta per indicazione materna o fetale sia richiesta una sollecita terminazione del parto a bocca

uterina incompletamente aperta. Tali incisioni, di solito sufficienti in numero di due o tre, furono eseguite dall'A. colla forbice di Siebold, condotta sulla guida di due dita a ridosso dell'orificio uterino tenuto fisso da pinze uncinate, e coll'osservanza la più scrupolosa delle regole antisettiche onde evitare la possibilità di una infezione, resa più facile da tali ferite. Con essa viene tolto il pericolo delle irregolari lacerazioni, che quasi costantemente accompagnano le incisioni superficiali; nè è a temersi l'emorragia, di solito piuttosto scarsa, per cui non si rende nemmeno necessaria l'ulteriore sutura. Le incisioni profonde cervicali, oltre che nella insufficiente dilatazione dell'orificio esterno, sono indicate nella procidenza del cordone ombellicale per potere sollecitamente compiere il rivolgimento interno; nel bacino piatto per rendere eseguibile il rivolgimento profilattico in un momento favorevole, quando la testa è ancora mobile allo stretto superiore; nei casi di placenta previa e di eclampsia; ed infine nei casi di bacino generalmente ristretto per agevolare l'applicazione del forcipe sulla testa già fissata all'ingresso pelvico. Sono invece da evitarsi nei casi di tumori, di restringimenti della vagina congeniti od acquisiti; e nei casi complicati da anemia perniciosa, da corea, da malattie di cuore e polmonari, da infezione malarica e sifilitica o da nefrite cronica, come lo devono essere nei casi in cui alla rottura del sacco amniotico seguì una lacerazione del cordone ombellicale ad inserzione velamentosa. Le dette incisioni devono eseguirsi allora quando non solo l'orificio uterino interno, ma anche tutta la parte sopravaginale della cervice è ampiamente dilatata; ed è per questo che trovano la loro maggiore indicazione nelle primipare, mentre lo sono eccezionalmente nelle pluripare, quando per uno stato di indurimento sifilitico o cicatriziale il collo uterino ha assunto quasi i caratteri di quello di una primipara attempata.

I tagli vagino-perineali sono indicati in quei casi, in cui, dopo avere vinto colle incisioni profonde la resistenza della bocca uterina, ed avere tirato la testa fetale al piano pelvico-perineale, questo oppone una tale forza, specialmente per opera della muscolatura dell'elevatore dell' ano e del costrittore della vagina, da rendere oltremodo difficile il compimento dell'atto operativo od accompagnarlo di estese lacerazioni. In questi casi alle incisioni superficiali sull' introito vaginale sono da preferirsi i tagli vagino-perineali, dell'estensione di circa 2-3 cm., coi quali venendo tolta ogni resistenza da parte del canale vaginale e della circostante muscolatura resta assai migliorata la prognosi dell'atto operativo sia riguardo alla madre che al bambino. Simili tagli sono pure, secondo l'A., indicati nei casi di bacino cifotico ed imbutiforme, come nei casi di vaginismo. L'emorragia, che ne potrebbe derivare, viene durante il parto di solito arrestata dalla pressione che sui punti incisi viene a fare il capo fetale; e dopo il parto, qualora persistesse con una certa intensità, potrebbe venire frenata mediante pinze emostatiche, o, meglio ancora, mediante sutura.

Anche queste incisioni non sono per nulla pericolose quando l'assistenza al parto sia stata del tutto asettica, e la loro guarigione avviene di solito per prima intenzione. Che se poi in qualche caso questa venisse a mancare, si potrebbe durante il puerperio tentarne la riunione secondaria, salvo a ricorrere in caso di insuccesso all'operazione del Lawson-Tait, come si dovrebbe ricorrere a quella dell'Emmet nella mancata riunione delle incisioni cervicali profonde.

BERTAZZOLI.

RASSEGNA GINECOLOGICA

PETIT PAUL. — **Nécessité d'un diagnostic précis en Gynécologie. Diagnostic hystologique des endométrites.** — *Nouvelles Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, N. 5, 7, 9 anno 1889 e N. 1, 3 anno 1890.

Di un lavoro così importante per gli argomenti che tratta a conforto della tesi e per le idee che vi sono svolte, non ci si può limitare ad una breve recensione. Perciò, seguendo l'ordine stesso dell'Autore, ho pensato di raccogliere via via ciò che mi è sembrato di maggiore interesse pratico.

L'Autore si associa alle idee espresse recentemente dal Doléris contro la tendenza sistematica dei moderni ginecologhi agli interventi ultra-radicali, e quindi lamenta anch'esso che in un numero strabocchevole di malattie degli organi genitali femminili che sono soggetto di operazioni, la diagnosi sia trascurata e troppo spesso sostituita dalla laparotomia esploratrice la quale, eccettuato i casi ove essa si impone, è solo una *confessione d'impotenza* ed una operazione condannabile, perchè troppo spesso causa di morte.

Sarebbe facile, usando bene dei mezzi diagnostici di cui la clinica si è arricchita, di precisare meglio uno stato morboso; ma ciò richiede troppo tempo, ed è più spedito togliere un organo, come p. es. l'utero, quando si sospetta affetto da cancro. E così più facilmente si fa dei tumori degli annessi, trombe o ovaie, pei quali non importa precisare la natura e la topografia: si apre il ventre, e se non si trova nulla o poco, o qualche tumore inoperabile, si richiude la breccia, scusandosi col dire di aver fatto una laparotomia esploratrice.

L'Autore crede che le cause che determinano il Chirurgo ad una pratica non saggia, troppo precipitosa e dannosa, oltre alla relativa innocuità della laparotomia, si debbono tenere in conto le seguenti; 1° la impotenza troppo frequente di un

esame clinico propriamente detto, e la pazienza e la lentezza che sempre esige per esser fatto bene: 2° il discredito gettato sul controllo istologico per le incertezze dalle quali però di giorno in giorno va sbarazzandosi.

Richiama l'attenzione sulla necessità dell'uso del microscopio nella diagnosi dei processi infiammatorii o neoplastici alla loro origine, perchè, se prima un tal mezzo era molto incerto, ora, mercè i lavori francesi e stranieri, il microscopio in ginecologia è diventato, come altrove, il maestro nel campo delle diagnosi precoci.

Passa quindi a trattare della necessità di distinguere le forme istologiche della endometrite. Bisogna rimettersi all'esame dei prodotti del raschiamento, come precisamente ha stabilito il Doléris, per poter differenziare spesso la infiammazione dal neoplasma, e per distinguere sempre le varietà della endometrite.

L'A. pensa che i progressi della clinica e della istologia, faranno fare un passo addietro alla terapia locale della endometrite; ma un esame minuzioso dei prodotti del raschiamento contribuirà, insieme all' analisi dello stato generale e delle complicazioni nella sfera genitale, a rischiarare i risultati di tale operazione a ordinare i casi che le saranno più favorevoli e a fare intendere la necessità di mettere in opra o gli agenti locali (elettricità p. es.) o gli agenti generali (cura antisifilitica, antibacillare). Si anderà anche più lontano e il raschiamento colla curette soccombendo in certi casi ai progressi di cura che avrà suscitato, dovrà cedere il campo ad operazioni più radicali.

Passa quindi a indicare con molti particolari il modo di raccogliere i tessuti malati, i liquidi, le parti solide, e il modo di esaminare macroscopicamente e microscopicamente il materiale raccolto.

A proposito della classificazione delle endometriti, esprime il desiderio che la parola infiammazione vada a perdere il suo antico significato dogmatico, perchè sotto quel nome sono compresi processi distintissimi per la natura stessa dei loro elementi. Come afferma lo Schroeder, più specialmente a proposito delle metriti, molti stati patologici sotto questa denominazione sono dovuti spesso a cause diversissime, e non sempre hanno origine dalla infiammazione, secondo il significato che ordinariamente le si dà.

Non vi è cosa così delicata e così difficile a stabilire negli organi genitali femminili, dei gradi di passaggio tra gli stati fisiologici e i morbosi. L'A. però si propone di studiare più che altro di ravvicinare l'effetto alla sua causa. Una delle cause il cui studio seduce molto ai giorni nostri, è l'infezione, ma accanto ad essa in ginecologia, come altrove, bisogna tener conto dei pregressi disturbi della nutrizione, delle reazioni nervose, delle cause morbigene meccaniche, fisiche e chimiche, come ammette anche il Bouchard. Viene ammesso generalmente che la metrite nelle donne linfatiche è frequente, che può esistere un reumatismo uterino, che l'arterio-sclerosi ha una gran parte nella genesi della metrite interstiziale, quindi: *disturbi pregressi di nutrizione;* che si deve tener conto anche delle fatiche, del-

l'abuso del coito o dell'astinenza: *reazione nervosa;* del freddo, dei cambiamenti di stagione: *cause fisiche;* delle modificazioni della statica uterina: *cause meccaniche*; dell'uso di certi caustici: *cause cliniche*; ma generalmente queste cause si mettono in seconda linea, perchè si ritengono come momenti che favoriscono l'entrata, l'estensione e la permanenza dell'infezione. La clinica però protesta contro un tale esclusivismo. Nella classificazione in discorso, l'A. intende fondarsi sulla etiologia, sola base razionale per le classificazioni degli stati morbosi. Incomincia dalla endometrite infeziosa, quale genere di metrite meglio definita. L'utero per le sue condizioni anatomiche e vitali è disposto a contrarre l'infezione, a serbarla e a trasmetterla all'intorno. Per il clinico presentemente la infezione uterina si riassume nei tre termini seguenti: tubercolosi, infezione puerperale, blenorragia; queste malattie nel concetto dei più sono sinonimi di infezioni date dal bacillo di Koch, dallo streptococco piogene, dal cocco di Neisser. Il coito, il traumatismo puerperale non sono le sole condizioni nelle quali la donna può esser contaminata nella sfera genitale, e bisogna tener conto di altri fattori secondarii, come contatto di materie fecali, uso di acque impure per la toilette genitale, ecc.

La infiammazione settica è essenzialmente progressiva, particolarmente negli organi genitali della donna, e la metrite infeziosa realmente non è altro che una delle localizzazioni temporarie del processo; si considera a parte per facilitarne lo studio didattico. Dal lato clinico sarebbe meglio riannodarla ai differenti stadii dell'infezione che la precedono o la seguono.

La infezione per il coito impuro tiene un gran posto nella patologia dell'apparecchio genitale della donna. La blenorragia è una malattia grave per la sua potenza estensiva, e la presenza del gonococco di Neisser, ritenuto come elemento specifico, avrebbe un'importanza capitale per la profilassi, per la terapia precisa e per la medicina legale. Però la ricerca del gonococco è molto delicata e difficile, non solo per i caratteri che presenta secondo i diversi metodi messi in uso, ma anche per la grande quantità di altri microorganismi che si trovano nelle secrezioni del collo e della vagina.

L'A. si trattiene lungamente a trattare del gonococco di Neisser per venire con altri Autori alle seguenti conclusioni relative alla blenorragia; 1° che la trasmissione di essa non è indispensabile, per quanto si trovi il gonococco negli scoli dei genitali, e perciò il valore medico-legale di questo elemento è nullo; 2° che il gonococco può mancare negli scoli trasmissibili per il coito ed esser sostituito da altri microbi.

Si domanda allora l'A.: Non potrebbe essere la blenorragia un insieme di infezioni diversissime, dipendenti o no dal coito, e invece di riferirle costantemente al gonococco, non converrebbe meglio e più accuratamente esaminare la parte che hanno gli altri microbi coesistenti o no con essa, che si considerano per partito preso come infezioni secondarie?

Le opinioni più recenti e più accette relative alla diagnosi della localizzazione uterina della blenorragia, sono le seguenti; secondo Eraud, in tutti i casi ove una secrezione purulenta del collo coincide con uno scolo della stessa natura, dall'uretra, e un certo grado di rossore e di turgore del meato che sanguina facilmente, la diagnosi non è dubbia. Tolto questi casi, bisogna ricorrere all'esame col microscopio. Secondo Sinéty non v'è dubbio, quando lo scolo è decisamente purulento e abbondante ed esistono sul muso di tinca erosioni superficiali di un rosso vivo, sanguinanti facilmente al più piccolo contatto; mancando l'esame microscopico, confermano la diagnosi altre manifestazioni specifiche, come il pus nell'uretra, o all'orificio delle glandule del Bartolini, la punteggiatura della mucosa vaginale. L'A. non concorda nelle varie distinzioni fatte da Eraud; ritiene con molti che la blenorragia il più delle volte è limitata al collo dell'utero. Lo stadio così detto uterino è assai breve e presto appariscono i sintomi della estensione del processo agli annessi.

Relativamente alla endometrite tubercolare, si occupa solamente di quella di origine genitale, perchè quella di origine extra-genitale offre un interesse secondario, e a parte alcune rare eccezioni, difficili a stabilirsi, non incoraggia a tentativi operatorii. Di essa distingue due forme patogenetiche: 1ª tubercolosi d'origine tubaria o discendente; 2ª tubercolosi ascendente, probabilmente di origine sessuale, la sola che veramente merita il nome di tubercolosi primitiva dell'utero. Nella prima forma è importante fare il raschiamento esplorativo in varii sensi e assicurarsi del punto d'impianto dei frammenti che si estraggono. Questa forma di tubercolosi rimane per un certo tempo localizzata al fondo dell'utero, vicino allo sbocco delle trombe, e generalmente si arresta all'orificio interno.

La tubercolosi uterina passa ordinariamente inavvertita, specialmente al suo principio, ma per l'esperienza propria l'A. non ammette come il Jouin la frequenza della malattia. Ammette col prof. Cornil essere estremamente rara la tubercolosi limitata al collo. Facendo la diagnosi differenziale fra queste e altre malattie, conclude che per la superficie vaginale del muso di tinca le ordinarie risorse della clinica bastano il più delle volte alla diagnosi. Non è lo stesso della tubercolosi intrauterina della quale si possono distinguere tre forme: la interstiziale, la endometritica e la mista. Difficile è la diagnosi della forma interstiziale, rarissima, che sta per la massima parte del tempo allo stato latente e si rivela poi soltanto per i gravi accidenti che provoca. Nella maggior parte dei casi la diagnosi della tubercolosi intrauterina è una sorpresa riservata all'esame istologico. Ricorrendo ai mezzi ordinari, e portando l'esame sulle secrezioni e particolarmente sui grumi d'apparenza caseosa, prima che abbiano il tempo di diluirsi in altre secrezioni d'origine uterina e vaginale, si può arrivare a fare la diagnosi anche sollecitamente. Ma ciò non succede il più delle volte e bisogna ripetere questi esami con grande accuratezza. La ricerca dei bacilli si può fare sui pro-

dotti del raschiamento e per tagli molto sottili e poco estesi, ma è cosa da istologo di professione. Dopo avere esposto i metodi più lesti per tali esami, tocca la questione della terapia. Se la tubercolosi è limitata al collo, amputazione vaginale o sopravaginale; se la tubercolosi è generalizzata, isterectomia vaginale o addominale. Se la tubercolosi, benchè intrauterina, è ascendente e limitata tanto in superficie che in profondità, o il malato si rifiuta ad un grave intervento chirurgico, fra i tanti metodi di cura propone il seguente: 1° Sterilizzare il più completamente possibile il focolaio colla spugna iodoformizzata per 7 e 8 giorni; 2° raschiamento metodico il più possibile, seguito dall'*ecouvillonnage* col creosoto; 3° medicature intrauterine all'iodoformio accompagnate da una cura medica intensa.

A proposito della endometrite puerperale, riferisce i risultati degli studii del Widal e le asserzioni contrarie di Smith e di Baumgarten.

È facile dimostrare l'importanza che possono avere le ricerche batteriologiche per sorprendere alla sua origine la infezione puerperale propriamente detta, d'origine uterina, o differenziarla da altre infezioni che possono ammalare la donna in puerperio. Perchè il sintomo febbre passa spesso inavvertito alla sua origine, ed è solamente l'indizio di una intossicazione qualunque già confermata.

Il fetore lochiale al quale si dà volgarmente tanto valore, può venire anche molto tardivamente, con un minimo di 24 ore dopo il primo rialzo termico. Può avvenire del microbo della infezione puerperale come del microbo blenorragico, che ad un momento dato ceda il posto a infezioni secondarie, alle quali ha già preparato l'accesso. La diagnosi a distanza dell'origine puerperale di una endometrite, presentemente, ha per unica base l'esame istologico propriamente detto, cioè la ricerca degli elementi caratteristici dei detriti deciduali, sia che questi elementi concorrano attivamente per il loro sviluppo ulteriore alla genesi del tessuto infiammatorio, sia che semplicemente persistano in mezzo a questo tessuto, a testimonianza della loro origine.

Questi elementi sono: 1° la villosità coriale; 2° la cellula deciduale.

Resta bene inteso che la loro assenza non esclude l'idea di una infezione uterina d'origine puerperale. D'altra parte la loro esistenza in mezzo ai prodotti della infiammazione in corso può tenere ad una endometrite antecedente alla gravidanza e proveniente da una causa diversa dall'infezione puerperale. Dunque dal punto di vista puramente etiologico, la ricerca dei frammenti deciduali ha un valore molto discutibile; ma non è così quando si tratta di apprezzare la qualità del tessuto morboso e la cura da opporgli. Il raschiamento, anche per quelli che non lo ammettono come processo generale di terapia intrauterina, è la sola cura razionale da opporre alla endometrite con persistenza di residui deciduali.

È facile fare l'esame microscopico necessario, perchè la cellula deciduale *uni* o *plurinucleata* si distingue bene. Siccome ricerche recenti avrebbero constatato forme istologiche simili non dipendenti da gravidanza, l'A. seguendo l'Heitzmann,

consiglia esaminare oltre gli elementi deciduali, l'epitelio di rivestimento che nella endometrite post-partum presenta particolarità di forma, di volume, di struttura tali da portarci ad una diagnosi certa.

Circa alla endometrite da sifilide ammessa dagli Autori, non vi è molto da dire. Avendo poche osservazioni proprie, l'A. si riferisce a quelle di Bonnet assai numerose, dalle quali risulta che questa specie di metrite apparisce nel periodo secondario, è di forma eminentemente congestiva, dà luogo ad un flusso catarrale abbondante non mai purulento, sparisce e riapparisce con rapida evoluzione, come gli accidenti secondarii, e non dà luogo a contagio. L'A. in un caso proprio avrebbe osservato oltre i sintomi riferiti, un grande sviluppo delle glandule, gli orifizii dalle quali crivellavano i frammenti in esame per un grande spessore. Sembrerebbe, anche secondo l'Heitzmann, che questa fosse la principale caratteristica della endometrite sifilitica.

L'argomento della endometrite e l'epitelioma e il sarcoma vien toccato appena, perchè su questo vi è molto disparere tra gli osservatori. Non è ancora definito se nei fibromi uterini la endometrite, che non è frequentissima, dipenda da semplice disturbo di nutrizione o da vera infiammazione. Secondo Cornil la endometrite si troverebbe più spesso al principio dei miomi, che allorquando questi sono arrivati a un certo sviluppo. Ordinariamente questa endometrite si presenta sotto la forma iperplastica, come l'A. ha constatato in un caso che riferisce. Pare che il raschiamento di questa muccosa serva spesso ad arrestare per lungo tempo le perdite.

Si sa poco sulle lesioni della parete muscolare nelle deviazioni dell' utero, e pochissimo sulla influenza che queste possono avere sulle lesioni dell'endometrio, però d'accordo col Doléris l'A. crede di poter concludere: 1° che l'iperplasia infiammatoria si accentua nella vicinanza immediata degli angoli di flessione, e ordinariamente si presenta sotto forma poliposa; 2° che nelle versioni le lesioni predominano al fondo dell'organo.

Infine passando in rivista le varie forme istologiche della endometrite, l'A. considerando che per l'evoluzione generale del processo, la predominanza di un tale elemento sugli altri produce tali differenze da poter servire di base ad una classificazione razionale, propone la seguente divisione, dichiarando di non farsi illusioni sul suo valore:

Endometrite del corpo o del collo.	Forme dipendenti dalla distribuzione istologica delle lesioni.	Endom.	interstiziale.
		»	glandulare.
		»	vascolare.
		»	fungosa.
Endometrite totale.	Forme dipendenti dall'evoluz. generale delle lesioni.	Endometrite acuta.	Endomet. liscia.
			» vegetante.
		Endometrite cronica.	» atrofica.
			» exfoliativa.

Dott. G. Gelli.

A. Doléris. — **Patogenesi e cura delle malattie del collo dell'utero.** — *Nouv. Archiv. d'Obst. et de Gynéc.*, N. 2, 1890.

Questa memoria che fa seguito ad un'altra di anatomia patologica scritta dallo stesso autore sul medesimo argomento, formò il testo di una comunicazione letta al Congresso Ginecologico spagnolo tenuto a Madrid nel maggio del 1888. Essa riassume l'insegnamento fatto dal Doléris nell'anno 1887. L'A. afferma che questa pubblicazione è anteriore ad ogni altra pubblicazione francese su tale soggetto.

Ammette come principio che la metrite cervicale, come la metrite del corpo, traggono la loro origine dalla muccosa, nella quale si svolge il processo morboso iniziale. Lasciando da parte la metrite cervicale acuta, che ha un interesse molto relativo, passa a quella *cronica* e più specialmente alla *endometrite cervicale subacuta o cronica.* Di questa ammette due varietà: la *traumatica* propria della donna che ha partorito o abortito, in cui è avvenuta un' apertura violenta del collo, e la *non traumatica* particolare alla vergine e alla nullipara: in queste donne l'utero si trova in uno stato d'integrità relativa, non avendo subìto dilatazione di sorta e la infiammazione va a localizzarsi sulla muccosa del collo, procedendo dall'esterno.

Dice di servirsi dell' appellativo di *traumatica,* non perchè il traumatismo produca l'endometrite, e invece d'esserne la causa è soltanto una coincidenza, ma per affermare bene la esistenza della malattia nelle nullipare.

Spiega il grado differente di resistenza delle muccose intra-cervicale e cervico-vaginale alle infiammazioni, colla loro differenza di struttura anatomica. La muccosa intra-cervicale è in terreno favorevole allo sviluppo rapido della infiammazione in superficie e sopratutto in profondità.

Gli elementi principali da prendersi in considerazione per il loro grande significato, e il loro grande valore per la storia della malattia, sono: l'*ectropion* della muccosa intra-cervicale, la *eversione* delle labbra e la *erosione.*

Passa quindi a trattare largamente di questi elementi, principalmente dal lato anatomo-patologico, perchè dalla giusta interpretazione di essi dipende in molti casi la guarigione o la incurabilità della malattia. Il modo di cura da adottarsi, deve unicamente fondarsi su di una patogenesi razionale, che alla sua volta si fonda sull'esame microscopico accurato delle parti ammalate. In ultima analisi, il miglior modo di intendere le malattie del collo dell'utero consiste e deve consistere nel seguire attentamente la patogenesi di esse. In riassunto ammette i seguenti principii:

a) Il traumatismo ostetrico, naturale e artificiale, apre di solito la porta d'ingresso agli agenti patogeni della infiammazione.

b) La infiammazione ostacola la riparazione spontanea delle lesioni.

c) La natura dei tessuti, la sede profonda e la qualità degli acini glandulari assicurano la persistenza delle alterazioni.

d) Le alterazioni di forma hanno per causa il traumatismo unilaterale o bilaterale del collo, o le contrazioni muscolari delle striscie ansiformi dell'utero. Lo *stato nervoso* e le congestioni ripetute mantengono ed aumentano le deformazioni.

L'A. fondandosi su più di 100 casi clinici e sull'esame di circa 60 pezzi anatomici freschi, provenienti da operazioni fatte sulla regione cervicale dell' utero, si crede autorizzato a stabilire, come risultato dei suoi studii, le seguenti deduzioni pratiche:

1.° Condizioni generali di salute cattive portano nelle muccose genitali della donna, vergine o no, una predisposizione reale alle infiammazioni, sia mantenendo le congestioni passive, sia favorendo un eccesso di secrezioni. Ciò comunemente chiamasi catarro semplice. In questo, che è disturbo fisiologico, non esiste a priori l'infiammazione.

2.° L' infiammazione del collo uterino succede all'introdursi di agenti patogeni e al loro contatto. Il traumatismo delle operazioni, oppure ostetrico, le infiammazioni della vagina, ecc., aprono la via a questi agenti.

3.° Il traumatismo asettico del collo si ripara normalmente senza lasciar traccie.

4.° Il traumatismo settico non si ripara; dà luogo a deformazioni persistenti con infiammazione, a brutte e dolorose cicatrici, a perimetriti ripetentisi, ecc.

5.° Le erosioni, circa al loro andamento, si dividono in *primitive* e *secondarie*. Le primitive costituiscono l'effetto immediato della causa patogenetica, come sarebbero la lacerazione del collo con infiammazione settica nella donna che ha partorito, e la infiammazione per propagazione nella vergine o nella nullipara. Le secondarie sono erosioni che riappariscono sopra a un terreno già stato malato, cioè sopra alla parte del collo cicatrizzato, dove esisteva primitivamente ectropion.

6.° La cicatrizzazione dell' ectropion cervicale con erosione è vantaggiosa solamente se è definitiva. Ora la cicatrizzazione non può esser definitiva altro che non resti alcun elemento morbigeno sotto lo strato di vernice cicatriziale che si forma. Se non è così, la cicatrizzazione nasconde la lesione, e la malattia non è guarita, ma persiste sotto altra forma. Il nemico rimane, per così dire, chiuso in casa, e il collo si altera per la infiammazione cronica che interessa lo stroma muscolare. Al contrario, se la lesione rimane senza cicatrizzare, resta una specie di emuntorio secernente, di cautere permanente, che non mantiene le conseguenze solite della infiammazione cronica.

7.° La cura deve quindi prender di mira:

a) l'erosione semplice,

b) l'erosione secondaria,

c) i colli non erosi, ma ammalati da antica data, sui quali si è già prodotto il lavoro di cicatrizzazione.

8.° Le cauterizzazioni hanno l'inconveniente di favorire e di accelerare la cicatrizzazione superficiale degli orifizi glandolari e degli spazi interposti. Rende migliori servigi una cura antisettica anodina che lasci libero il campo alla riparazione spontanea; quindi servirsi di tamponi con glicerina resa antisettica dall'iodoformio o da altre sostanze, di iniezioni, ecc.

9.° Il cauterio attuale guarisce con più sicurezza, poichè distrugge tutto; ma oltre ad esser pericoloso, ha il grave inconveniente di togliere quasi sicuramente alla ammalata ogni attitudine alla fecondazione.

10.° Le erosioni secondarie, come pure i colli voluminosi, deformati, con cicatrici, ipertrofizzati, ecc., con degenerazione cistica delle glandule, non sono suscettibili di guarigione altro che con mezzi chirurgici, plastici o misti, cioè coi mezzi che portano alla ablazione della parte ammalata e al restauro della forma.

G. Gelli.

Dott. J. Werner. — **Ein Beitrag zur Lehre von den Entwicklungsstörungen der weiblischen Geschlechtsorgane** *(Contributo allo studio delle anomalie di sviluppo degli organi genitali femminili)*. — *Deut. Med. Woch.*, 1890, N. 11.

Il caso, da cui l'A. prese argomento per il suo articolo, è il seguente: contadina, d'anni 30, di più che deficiente sviluppo intellettuale, presenta mancanza assoluta di ghiandola mammaria, con capezzoli piccoli e sottili come quelli di un bambino. Mancano completamente le grandi labbra; e le piccole, rappresentate da due sottili pieghe mucose, hanno una lunghezza non maggiore della metà di quella che spetti a piccole labbra normalmente sviluppate. Il frenulo ed il prepuzio del clitoride sono completamente formati, ed il clitoride è un po' più grosso dell'ordinario. Il meato uretrale trovasi immediatamente al disotto, diviso, mediante ponte oltremodo sottile, dall'ostio vaginale, stretto e con piccole escrescenze mucose attestanti i deboli residui di un imene. La vagina, di normale lunghezza, è così stretta che appena il dito esploratore può trovarvi posto; e la cervice uterina si sente come una sporgenza rotondeggiante con piccola depressione al centro nella quale può essere appena immesso il bottone di una sottile sonda. Non ostante l'esame bimanuale sotto la narcosi cloroformica non riuscì all' A. di accertare la presenza degli organi genitali interni; e l'esame rettale combinato a quello vescicale confermò tale reperto. Il bacino ha l'arcata pubica così ristretta che il dito esploratore urta subito, entrando, contro le pareti ossee tanto di destra che di sinistra. Non trattasi tuttavia in questo caso di assoluta mancanza degli organi

genitali interni, ma piuttosto di uno sviluppo rudimentale dei medesimi; ed il suo speciale interesse è dato dalla coincidenza del difettoso sviluppo del corpo con una condizione intellettuale oltremodo deficiente, coincidenza che l'A. tenterebbe di spiegare ammettendo la possibilità che l'organo centrale regolatore dell'attività psichica dell'uomo fosse tratto in contemporaneo patimento quando nella vita embrionale cominciarono ad agire quei momenti, sotto la cui influenza si andarono ordendo così importanti modificazioni anatomiche con arresto di sviluppo di tutto l'apparato genitale.

BERTAZZOLI.

Dott. SANGER. — **Ueber Dermoidcysten des Beckenbindegewebes und operation von Beckengeschwülsten durch Perineotomie** *(Intorno alle cisti dermoidi del tessuto connettivo pelvico e sull'operazione dei tumori pelvici mediante la perineotomia). — Archiv. für Gynaekologie,* Volume XXXIII, Parte I.

Il caso, tema del presente lavoro, fu il seguente. Donna di 42 anni; pluripara di 9 parti, di cui il primo fu terminato col forcipe; i quattro successivi furono naturali; il sesto richiese la craniotomia, avendo per la prima volta dato ostacolo al parto il tumore pelvico; la settima gravidanza si interruppe spontaneamente al sesto mese; nell'ottavo parto il bambino in presentazione podalica venne estratto morto; nel nono riuscì al D. Braune di ottenere un bambino vivo mediante il forcipe, dopo avere punto il tumore dalla via del retto. All' esame bimanuale il tumore in questione offriva la grossezza quasi di una testa fetale, con superficie liscia e tensione elastica; occupava la metà destra del bacino, spingendo in alto, a sinistra ed in avanti l' utero, mentre la volta vaginale, assai depressa, faceva sporgenza all' inbasso. Coll'esame rettale poi si rilevava che tanto l'intestino che la vagina non erano completamente liberi da ogni legame col tumore, ma che nemmeno eravi immedesimamento. Colla puntura attraverso il retto mediante il Potain vennero estratti 400 c. c. di un liquido piuttosto denso, di una tinta caffè latte, e che all'esame microscopico offrì cellule di epitelio piatto, detrito grassoso e cristalli di colesterina. Venne quindi posta la diagnosi di *cisti dermoidi del cavo pelvico sottoperitoneale destro*, e si decise di aspettarne il riempimento per farne l'esportazione, il che appunto avvenne dopo otto mesi. Incisione della pelle della faccia interna del grande labbro di destra, leggermente obliqua verso l' interno sul perineo fino a 2 cent. all'indietro dell'orificio anale, per una lunghezza complessiva di 7-8 cent. Apertura del cavo ischio-rettale, ed incisione del muscolo elevatore dell'ano vicino alla linea mediana e del *fascia pelvis*. Estratta la cisti per 2/3 circa, ne avviene la rottura, ed allora se ne completa l'estrazione mediante paziente lavoro di diseccazione del peritoneo dallo spazio del Douglas e dalla parete destra

della pelvi. Discreta emorragia ma puramente parenchimatosa. Lavatura della cavità con soluzione al sublimato (1 : 4000) e creolina. Pochi punti di sutura profonda e leggiero zaffamento con garza iodoformica, che dopo due giorni viene sostituito con un drenaggio di gomma. Decorso consecutivo affatto liscio, la più alta temperatura essendo stata di 38.o 2. Secondo l'A. le cisti dermoidi del connettivo pelvico sarebbero state fino ad ora poco studiate, perchè scambiate con cisti ovariche, con teratomi sacrali, con cisti vaginali, ecc., dai quali tumori differenziano per dei caratteri che fanno delle cisti dermoidi del connettivo pelvico un gruppo a sè, richiedente perciò tanto dal lato clinico che dal terapeutico una speciale considerazione. E che sia più che importante di fare una diagnosi esatta oltre che della natura di un tumore, anche della sua sede, lo fa rilevare l'A. facendo vedere il diverso trattamento che converrebbe, p. es., ad una cisti dermoide dell'ovaio e ad una cisti dermoide del connettivo pelvico portanti ostacolo al compiersi del parto. La strada seguita dall'A. per l'esportazione di questo tumore, lo rese persuaso come tale trattamento potrebbe essere impiegato oltre che per gli altri tumori del connettivo pelvico, anche per quelli intraperitoneali, qualora l'apertura dello spazio del Douglas fosse da qui resa possibile. Quindi dopo avere toccato della recente osteplastica resezione sacro-coccigea e del taglio parasacrale di Zuckerkandl e Wölfer; e fatta la descrizione del processo che usò Hegar in un caso di ascesso da salpingite gonorroica, fa l'A. vedere come il processo da lui impiegato sia ancora il migliore e per la maggiore ampiezza dell'incisione e per la possibilità di più facilmente evitare le lesioni della vescica, dell'utero, della vagina e del retto, qualora si faccia conveniente attenzione al cambiamento di posizione, che vengono a sopportare tutti questi organi per la presenza del tumore pelvico. Ed a proposito della totale e parziale resezione sacro-coccigea fa ancora notare in appendice come essa potrebbe venire impiegata nel trattamento del bacino imbutiforme, nel quale un aumento di spazio allo stretto inferiore potrebbe salvar bambini votati alla craniotomia. BERTAZZOLI.

Dott. H. KÙMMEL. — **Zur Chirurgie der Gallenblase** (*Intorno alla chirurgia della cistifellea*). — *Deut. Med. Woch.*, 1890, N. 12.

Stabilito come principio, che, non si è solo autorizzati, ma anche obbligati, ad intervenire chirurgicamente nelle malattie della cistifellea, che non ebbero a risentire vantaggio alcuno dalle cure interne; perchè lasciate a sè diverrebbero permanente minaccia all'esistenza dell'individuo, o per le dolorosissime coliche o per le lenti infiammazioni con susseguenti aderenze della cisti agli organi vicini, o per la eventuale perforazione con versamento del contenuto cistico nella cavità peritoneale, colla esperienza di qualche caso felicemente riuscito tratta l'A. succintamente

dei processi operatori messi in pratica dai vari chirurghi, e che raggruppa in cinque classi. Di queste la prima comprende il vecchio, ma forse ancora più sicuro, processo della vera *colecistotomia*, con fissazione della cistifellea alle pareti addominali, e sua apertura o nella stessa seduta o qualche giorno più tardi dopo avvenuta la completa saldatura delle due pagine sierose. La seconda, la *colecistotomia*, così detta *ideale*, raccomandata e più volte eseguita con successo da Küster, ma della quale non ha l'A. esperienza propria, e che consiste nell'apertura della vescica biliare con svuotamento del contenuto patologico, sutura della fatta incisione ed abbandono della cistifellea così chiusa nella cavità dell'addome. La terza, la *colecistoenterostomia*, ideata da Winiwarter e più tardi eseguita una volta con successo da Kappeler, e che ha per iscopo di aprire un'altra via alla bile mediante la formazione di una fistola cisto-enterica quando una occlusione permanente e non rimovibile del coledoco ne impedisca assolutamente il passaggio. La quarta, la *colecistotomia con legatura del dotto cistico e formazione di una fistola biliare*, che venne eseguita dallo Zielewicz in un caso di impossibilitata esportazione totale dell'organo per salde aderenze. La quinta, la *colecistectomia*, mediante la quale Langenbuch ebbe a riportare numerosi e fortunati successi, ma non troppo persuasiva per l'A.; perchè non sempre intanto la formazione dei calcoli biliari avviene solo nella cistifellea, e poi perchè in certi casi di estese aderenze della vescichetta la sua esportazione potrebbe essere circondata da sì gravi pericoli per la lunga durata dell'atto operativo da essere molto più prudente il dare la preferenza alla colecistotomia. BERTAZZOLI.

DELBET. — **Expériences et réflections sur le drainage du péritoine.** — *Annales de Gyn. ed Obst.*, février 1890.

L'A. consacra brevi parole alla storia del drenaggio del peritoneo, dichiarando che la opinione dei chirurghi si è assai modificata da venti anni a noi, avendo essi di assai ristretto l'impiego di tal mezzo. Oggidì non si considera più il drenaggio come un *tempo necessario* delle laparotomie: tuttavia, siccome in certi casi particolari vi si ricorre, così pensa essere cosa interessante il precisare con delle esperienze il modo di azione del drenaggio peritoneale. Divide il lavoro in varii capitoli.

I. **Esperienze sul drenaggio.** — Queste sono istituite su cadaveri umani e su cani viventi con drenaggi di vetro e di caoutchouc attraverso i quali, o per la via delle pareti addominali, furono iniettati liquidi nella cavità peritoneale. L'A. si circondò sempre di minute cautele antisettiche. Egli viene a queste conclusioni: 1.° Il funzionare dei tubi di drenaggio è aleatorio; le anse intestinali ponendosi a contatto dei loro orifizi possono impedire ai liquidi di penetrarvi. — 2.° Questi tubi inoltre ponno essere obliterati da coaguli fibrinosi. — 3.° I drenaggi

capillari (garza iodof. cotone, ecc.), non hanno tale inconveniente, e si debbono riputare superiori ai tubi. — 4.° Attorno ai tubi (vetro, caoutchouc) anche perfettamente asettici produconsi rapidamente delle aderenze che li isolano dalla grande cavità peritoneale. 5.° Per conseguenza è impossibile ottenere un drenaggio efficace duraturo della cavità del peritoneo. 6.° Le sierosità che vengono esportate dal drenaggio, nella maggioranza dei casi è originata dalle trasudazioni che si fanno nella piccola cavità formata attorno ai drenaggi stessi.

Lungi dal ritenere il drenaggio peritoneale come cosa inutile, ne vede la efficacia nelle rapide aderenze isolanti i punti sospetti e localizzanti i pericoli fuori della sierosa, rendendo la lotta extraperitoneale.

II. **Rimproveri mossi al drenaggio.** — Ammette che ritardi la guarigione allorchè lo si lasci a lungo; ammette altresì che il drenaggio favorisca l'infezione settica, essendo la cavità del peritoneo aperta. Il drenaggio capillare di garza iodoformica può rimediare a tale inconveniente. Opina che la uscita dei liquidi essudati nell'addome non sia garantita dalla sola applicazione del drenaggio. In quanto alla accusa mossa sulla possibilità di lesioni intestinali, è d'avviso che ciò sia originato per incuria o per inesattezza di tecnica operativa. Rifiuta l'insorgere dell'ernia, là ove fu applicato il drenaggio a meno che questo fosse stato di proporzioni voluminose. Per sè stesso non è capace di accendere una peritonite, ben inteso se l'asepsi è sovrana. In quanto alle aderenze che insorgono attorno al tubo, l'A. le considera come fatto grave come punto di partenza di accidenti intestinali post-operatori.

III. **Metodi di drenaggio.** — *a) Drenaggio vaginale:* Questo modo ha oggidì perduto assai favore ed è riservato in soli casi speciali. Dimostra la sua poca utilità ed i pericoli di infezione per opera dei secreti vaginali.

b) Drenaggio addominale a tubi semplici è il più in uso ed è quello che partendo dalla tasca del Douglas si porta ad un punto della ferita laparotomica. Considera prima il drenaggio per mezzo di tubi semplici di caoutchouc molle, duro, di gomma, di gutta-perca, di seta, di metallo, dimostrando la loro inefficacia voluta da ciò che i liquidi, sottostando alla legge di gravità, non ponno uscire dai tubi accennati, che se la pressione endoaddominale è superiore alla atmosferica e le anse dell'intestino addossandosi ai fori dei drenaggi ne rendono nullo l'effetto. Visti tali inconvenienti, si dimostra poco partigiano della aspirazione diretta attraverso ai tubi (Lawson Tait) perchè non gli corrispose in esperienze istituite sul cadavere, come pure degli apparecchi a sifone.

c) Drenaggio capillare (Hegar). Rammenta il primitivo tubo ripieno di cotone, lasciato poi da parte, rimpiazzato dal tamponamento antisettico del peritoneo alla Mikulicz, che serve eziandio di tampone emostatico come di drenaggio per le sue qualità capillari, ed isolatore per la sua proprietà di stabilire aderenze.

Accenna che oggi il tamponamento alla Mikulicz si è di assai modificato, es-

sendo usato il semplice zaffamento della cavità con striscie di garza iodoformica, il quale non è scevro esso pure di qualche inconveniente che, in ispecial modo si verifica all' atto della sua rinnovazione: indi parla di metodi misti. A questo punto l'A. si rivolge la domanda: saremo noi sempre sicuri dell' assorbimento delle sierosità dense? Non è in grado di dare una risposta, tuttavia è d' avviso che è prudenza mettere un drenaggio nel mezzo della garza, salvo il caso in cui il tamponamento fosse impiegato come mezzo emostatico. Conclude il drenaggio capillare essere il solo che possa permettere lo scolo dei secreti nelle prime ore consecutive alla operazione, che tutti circondandosi rapidamente di aderenze agiscono rendendo extraperitoneali i focolai pericolosi.

IV. **Indicazioni del drenaggio.** — Le incisioni laparotomiche vaste, permettendo una scrupolosa toilette peritoneale, rendono sovente inutile l' uso del drenaggio, così non si può dire laddove si fanno incisioni piccole in cui rimane sempre incertezza dello stato delle parti profonde. Ritiene appunto la insufficiente toilette del peritoneo, la causa che rese sì frequente l' impiego del drenaggio, specialmente in America. In talune circostanze l'A. si mostra fautore altresì delle lavature, che non presentano alcun inconveniente, a petto del drenaggio che mantiene il peritoneo aperto. Citando Martin, Wiedow, Hunter, Wylie, Lee, Emmet, Skene, Coe, Tait, Munde, J. Price, Pozzi, Quénu, non crede una indicazione quella della durata della laparotomia, vede invece una utilità nel drenaggio e nel tamponamento dopo aver lacerate aderenze multiple ed assai sanguinanti. Riguardo alla indicazione per emorragia, pensa che il drenaggio può essere più dannoso che utile, perchè sopprimendo la pressione addominale renderà più facile e probabile la continuazione della emorragia stessa. In tali contingenze si dichiara apertamente fautore del tamponamento alla Mikulicz. Le rotture e le parziali perdite di peritoneo, se piccole ponno essere riparate mediante sutura, se grandi, e qualora sia possibile, l'indicazione è di rendere tali superfici extraperitoneali, e ciò col tamponamento indicato. Così pure è d'avviso si debbano rendere extraperitoneali quei focolai di infezione costituiti da lembi o pezzi di tessuto lasciato aderente nelle parti profonde del bacino, perchè impossibili ad essere staccati, non ritenendo in tali casi sufficiente il drenaggio per la uscita dei liquidi. Tocca delle difficoltà che si ponno incontrare nella attuazione di tale manovra, le quali possono spingere ancora al tamponamento antisettico. Se per rottura di focolai settici avvenuti durante l'atto operativo, si spargono i liquidi nel peritoneo, ritiene assai più efficace la irrigazione e nel caso di rottura intestinale durante i maneggi della laparotomia, per quanto di difficile riuscita, il porre della garza tra l'ansa cucita e la ferita addominale. Trattandosi di peritonite generalizzata considera il drenaggio ampiamente giustificato. Da ultimo dà uno sguardo alla ascite, concludendo che il drenaggio sarà più o meno indicato a seconda delle cause sostenenti l'ascite stessa, e della natura del liquido.

V. **Delle irrigazioni attraverso il tubo di drenaggio.** — Citati i pareri di vari autori conclude essere queste ed a giusto titolo oggigiorno abbandonate.

VI. **Del tempo e del modo di levare il drenaggio.** — Ritiene impossibile lo stabilire delle norme precise, dipendendo la decisione dall'apprezzamento personale in ogni singolo caso; rammenta che 48 ore dopo, le aderenze stabilitesi, formano una specie di seno fistoloso, proporzionato al lume del drenaggio, e dà le norme da seguire nel sorvegliare la cicatrizzazione dell'accennato tragitto, onde, chiudendosi eventualmente le parti superficiali, non si abbiano a formare tasche profonde con fenomeni di ritenzione. DECIO.

NECROLOGIO

WILLIAM HEATH BYFORD.

Il 21 maggio si spegneva una delle più operose esistenze all'età di 73 anni. Di lui si può dire veramente che morì sulla breccia, poichè il sabato che precedette la sua morte, egli operò un'ablazione degli annessi uterini per tumore fibroso dell'utero. Nato nel 1817 nel villaggio di Eaton, nello stato di Ohio, da un meccanico di mezzi limitati, perso il padre in tenera età, ebbe una gioventù travagliatissima; apprendista sarto per bisogno materiale di vivere, fu nobile esempio di quanto possa una intelligenza svegliata associata a grande tenacia di volere, e, autorizzato all'esercizio della medicina, divenne uno dei più fecondi scrittori di cose ostetriche e ginecologiche degli Stati Uniti. Cominciò con una memoria sul taglio cesareo pubblicata nel 1847; nel 1864 scrisse il suo primo libro che aveva per titolo: *Infiammazione cronica e spostamento dell' utero non gravido.* Nel 1866 diede alla luce il *Trattato pratico della medicina e della chirurgia applicata alle malattie ed agli accidenti delle donne* e nel 1873 pubblicò uno stimato trattato di ostetricia, legando inoltre il suo nome ad una infinità di lavori su quasi tutti i più importanti argomenti di ostetricia e ginecologia, acquistandosi nelle stesso tempo come pratico una immensa clientela, cosichè ebbe fama dalle sue opere e grande ricchezza dal suo lavoro.

F. SIREDEY.

Un' altra perdita grave fecero l' ostetricia e la ginecologia nella persona di F. Siredey notissimo ginecologo francese e autore, oltrechè di numerosi lavori, di un bel libro sulle malattie puerperali, pubblicato nel 1884, e nel quale è condensata la sua esperienza di cinque lustri, acquistata prima come interno nel servizio ostetrico dell' ospedale Lariboisière, all'epoca appunto in cui la grande epidemia del 1858 aveva suscitato la memorabile discussione dell'Accademia di medicina, e poi come direttore dello stesso servizio dopo il 1872.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XII. Agosto-Settembre 1890. Num. 8-9.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Delle operazioni cruente per cura della retroflessione dell'utero

e specialmente delle operazioni di Alexander e di Olshausen

CONTRIBUTO CLINICO
del Dott. ARTURO BOMPIANI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
29 SEP 90
LIBRARY

(Continuazione, vedi numero precedente).

V. *Utero subinvoluto, retroflesso. — Operazione di Alexander. — Guarigione.*

La signora L.... Clotilde, di 30 anni, madre di tre figli, fu da me esaminata in luglio 1888, perchè sofferente di un continuo pondio rettale, mitto frequentissimo con tenesmo continuo vescicale. Dolore a crampo dello stomaco, cefalalgie, denutrizione generale, e mestruazioni profuse l'avevano messa in tale prostrazione fisica e morale che era decisa a tutto soffrire pure di togliersi dallo stato in cui era caduta. Nella storia nulla di notevole, se non che nel primo parto che fu molto stentato aveva avuta una profonda lacerazione perineale guarita spontaneamente e lentamente per seconda intenzione, i due parti successivi furono precipitosi. Esaminatala, trovai un utero subinvoluto completamento retroflesso, ma capace di essere portato in anteflessione con la sonda uterina che penetrava per 8 cm. Per allora volli provare l'uso del pessario ed i bagni marini. Applicai un pessario Hodge in alluminio N. 75. Lo tollerò bene quattro mesi, con il sollievo di non avere più il frequente

stimolo al mitto urinario; ma dopo si ripeterono i disturbi di prima, se lo tolse e stette due mesi senza trattamento e finalmente al colmo delle sofferenze mi chiamò e si decise subito l'operazione di Alexander. Questa fu eseguita il 14 gennaio 1889, sotto anestesia cloroformica praticata dal dott. Ferreri. Il dott. Masetti mi aiutava nell'operazione ed il dottor R. Bastianelli, previa lavanda intrauterina colla canula Budin, mi portava e sosteneva il fondo dell'utero al disopra del margine superiore del pube. La ricerca del legamento rotondo di destra, primo operato, fu facilissima, mentre fu molto malagevole quella del legamento sinistro. Sutura come nei casi precedenti, lavanda vaginale. Zaffamento vaginale con garza iodoformica tutta nel fornice anteriore, perchè il collo fosse sostenuto in alto ed indietro, come l'operazione lo aveva portato. Polvere e garza iodoformica sulle ferite, fasciatura addominale. *Decorso* 38. 5 la prima sera; apiretico nei giorni successivi. All'ottavo giorno tolti i punti, riunione per prima delle ferite addominali.

Il dott. Masetti potè constatare con me la permanenza della elevazione dell'utero. La paziente nè allora, nè poi, lamenta più sofferenze vescicali. Ho avuto occasione di riesaminarla nel febbraio 1890. L'utero si mantiene anteverso normalmente.

VI. *Utero retroverso abbassato. — Operazione di Alexander. — Guarigione.*

B.... Adele, di 46 anni, vedova, venne al mio ambulatorio privato per gravi dolori lombari, stiramento soprapubico, mitto urinario, frequente, pondio perineale e tale stato di depressione generale di forze da non poter nemmeno tenere la posizione verticale. Il male era cominciato due anni avanti dopo un potente sforzo nel sollevare un mobile.

Ebbe a 20 anni un parto a termine n. f. con puerperio normale, e a breve distanza due successivi aborti al terzo mese. La mestruazione durava ancora e sebbene di soli due giorni di durata era abbondante ed aggravava i dolori lombari.

La nutrizione generale era discreta. L'esame locale dette a sentire l'utero grosso, abbassato, piegato indietro, incipiente cistocele. L'operazione appena proposta fu accolta perchè la donna aveva necessità di lavorare.

Il 3 maggio 1889, previe le solite preparazioni di antisepsi, fu operata. Cloroformizzava il dott. Garino G., mi aiutava direttamente il dott. Masetti P. e sollevava in anteversione l'utero il dott. R. Bastianelli. In questo caso feci ambo le incisioni con denudazione dei legamenti rotondi, prima di stirarli. Infatti con due incisioni di 8 cm. parallele all'arcata Poupart ed aventi la metà sulla spina pubica, mi riuscì

di scoprire facilmente i due legamenti rotondi. Li denudai accuratamente dal rivestimento sieroso e contemporaneamente li stirai, finchè con l'esame combinato — palpando nell'ipogastrio e movendo la sonda uterina — potei assicurarmi di avere portato il fondo dell'utero dietro e rasente alla parete addominale anteriore e circa due dita trasverse al disopra del margine superiore della sinfisi pubica. Facendo mantenere così stirati i legamenti passai punti staccati comprendenti cute, muscoli, aponeurosi, e spessezza del legamento rotondo, quattro per ogni lato e li annodai strettamente. Altri tre cutaneo-muscolari e pochi cutanei intermedi. Solita medicatura secca alla garza iodoformica. — Zaffo di garza iodoformica in vagina.

Vomito nella prima giornata. Benessere completo in tutti i giorni successivi, temperatura più elevata a 7 p. di qualche giorno 37. 7.

All'ottavo giorno rimozione della prima medicatura. Essendo le ferite riunite per *prima* ed i punti non segando i tessuti si lasciavano in posto. Cominciò la mestruazione, si tolse il zaffo di garza iodoformica. — Coprostasi da 8 giorni, produzione di coproliti che devono essere esportati con il cucchiaio.

10° giorno. — Rimozione dei punti estremi delle ferite, lasciati i centrali che sostengono anche i legamenti rotondi.

14° giorno. — Rimozione dei punti profondi.

15° giorno. — Cessata la mestruazione. Continua ostinatissima la coprostasi. Estrazione manuale di coproliti. Si alza da letto.

20° giorno. — Utero con il fondo a tre dita sopra il pube. Parete anteriore del corpo sulla parete vaginale anteriore — collo grosso, alto nella metà anteriore superiore dello scavo. Fornice vaginale posteriore rilassato; si riempie di garza iodoformica.

15 giugno 1889. Riveduta al mio ambulatorio. L'ultima mestruazione è avvenuta dal 5 all'8 corr. con anticipazione di 6 giorni, abbondante. I dolori lombari scomparsi ammenochè faccia qualche grave fatica. Nessun flusso vaginale. L' esame del ventre mostra due linee nerastre appena riconoscibili nelle pieghe inguinali. All'esame addomino vaginale, utero a due dita sopra il pube, impiccolito, anteflesso: la parete vaginale posteriore è rialzata, il fornice posteriore non è più a volta, ma come tela appesa al labbro posteriore del collo.

I movimenti antero-posteriori sono normali; il mitto urinario è frequente nei giorni dell'epoca mestruale.

Mestruazione dall'8° all'11° giorno luglio 1889 scarsa con senso di tensione alle ferite. All' ultimo di luglio il fondo dell' utero sta sempre a tre dita sopra il margine superiore della sinfisi pubica.

Mestruazione dal 24 al 28 agosto 1889 più scarsa del solito e senza dolori. L'utero si mantiene anteverso e con il fondo a due dita sopra la sinfisi pubica.

VII. *Utero subinvoluto con metrite cronica iperplasica del collo, retroflessione. — Operazione di Alexander. — Guarigione.*

R.... Maria di Genova, di 39 anni, ebbe 10 anni sono un parto naturale difficile, che le lasciò una retroflessione d'utero, constatatale poco dopo da un chirurgo di Firenze. I sintomi più gravi della retroflessione d'utero furono e sono: dolori lombari, stiramenti continui, pondio perineale, menorragie e flusso purulento dell'utero. Tre anni sono, a Milano fu curata dall' endometrite con il raschiamento e più tardi a sostegno dell'utero le fu applicato un pessario Thomas. Nel luglio 1888 volle che la visitassi. Trovai utero voluminoso, 9 cm. di consistenza pastosa nel corpo, duro nel collo, completamente retroflesso, angolo di flessione pressochè all'esterno assolutamente floscio; collo lungo, grosso, depitelizzato circolarmente all'orificio esterno, iperemico e portato in basso dietro la sinfisi pubica mentre il fondo pigiava contro il retto intestino. Fino d'allora proposi l'operazione d'Alexander, che non fu subito accettata: e l'inferma continuò a portare il suo pessario. Nel maggio 1889 mi richiamò e decise di farsi operare. Per la stasi venosa cronica del collo, per circa due mesi feci scarificazioni ed applicai zaffi ed ovatta con glicerina: ottenni difatti un po' diminuiti il peso ed il volume del collo. Prima di fare questo, provai se l'utero fosse mobile al punto da portarsi facilmente in avanti e da restarvi per qualche tempo anche tolta la sonda. Eseguii quest'esame introducendo la sonda, stando l' inferma in posizione genicubitale. La sonda passò inavvertita l' orificio interno. misurando 10 cm. dal fondo all'orificio esterno, concava posteriormente e dava dolore nei punti toccati della parete uterina; non molto facilmente si potè ruotarla in avanti, portando il fondo al disopra della sinfisi pubica. Rimessa la paziente nella posizione sacrodorsale, anche senza sonda, si potè sentire il fondo dell'utero mantenersi sopra la sinfisi del pube, senza stiramenti all' indietro.

Il 12 giugno 1889 fu operata.

Il dott. Gh. Ferreri eseguì l'anestesia cloroformica che in principio fu molto difficile e prolungata prima di avere una completa risoluzione muscolare. Donna d'alta statura, forte muscolatura e ricca di adipe sottocutaneo, ma con ventre a pareti molto rilasciate, fu operata come il solito sul margine corto di un tavolino lungo. Previa lavanda vaginale od intrauterina con soluzione calda di sublimato al 1 $^{0}/_{1000}$, raddrizzai con sonda l'utero ed affidai il manico di questa al dott. Garino, seduto fra le gambe dell'inferma. Mentre questi abbassando e spingendo il manico dolla sonda contro la commessura posteriore fa sporgere il fondo dell' utero sopra la sinfisi del pube io me ne assicuro con la vista e con

il palpamento. Due rapide incisioni, parallele alle arcate di Poupa tra partire poco al di dentro delle rispettive spine pubiche lunghe 10 cm., con breve emostasi con qualche legatura scoprono l'aponeurosi del gr. obl. e l'estremo pubico del legamento rotondo coperto da un batuffolo di grasso. Con la sonda incido le aponeurosi lungo il tragitto inguinale d'ogni lato, isolo il legamento del grasso, vasi, nervi e rivestimento peritoneale, stiro a destra ed a sinistra i legamenti, fino a farne sporgere l'estremo pubico dalla spina omonima circa 7-8 cm., lavacro di ambo le ferite e sutura eseguita nel modo seguente. Il dott. Masetti che mi aiuta tiene stirato il legamento rotondo destro nella direzione del tragitto inguinale, in maniera che l'estremo grosso del legamento che parte dal corno corrisponda all' orificio interno del tragitto inguinale, mentre la metà lunghezza del legamento corrisponde all'angolo interno della ferite. Comincio la sutura dall'orificio esterno della ferita, con ago curvo a mano trafiggo prima i muscoli ed apomeurosi costituenti il margine e parte superiore del tragitto, passo a metà spessezza il cordone rotondo e riesco infiggendo l'ago da dentro in fuori nella porzione di muscolo e aponeurosi costituenti il margine e parete inferiore del tragitto. Annodo il primo punto e facendo tenere teso il filo, compio la sutura a sopraggitto del fondo della ferita comprendente sempre i detti elementi. Arrivato all'angolo interno della ferita fo uscire l'ago dalla cute e continuamente con lo stesso filo fo una sutura *cutaneo, sottocutaneomuscolare* in senso inverso. Finalmente senza mai rompere il filo dall'angolo esterno all'interno della ferita metto la terza serie di punti cutanei ravvicinati di 3-5 mm. sempre a sopraggitto. Ripeto identica operazione a sinistra. Medicatura secca con garza iodoformica (secondo Mikulicz 20 0[0]). Zaffamento vaginale con eguale garza e per trattenere l' utero e perchè il sangue della metrostaxis non si decomponga. Ghiaccio sul ventre. Durata dell'operazione un' ora; consumo di cloroformio Duncan e Flockart 250 grammi.

Dopo l'operazione relativo benessere. 11 p. 38. 88. 20.

13. 6. 89. Cateterismo vescicale ogni 6 ore. Da mezzanotte a stamani vomito, 6 a. 37. 6, 80.

14. 6. 89. Nel mattino prende posizione lateroprona destra. Meteorismo addominale. 8 p. 37. 9, 80. Si toglie il zaffo vaginale di garza e si libera di gas il ventre con due dita nel retto.

15. 6. 89. Lavanda vaginale, pessario Thomas. Si riscontra il collo indietro ed in alto a circa 11 cm. dall'ostio vulvo vaginale, 8 p. 37. 6, 80.

16. 6. 89. Dolore alle ferite. Sudori freddi, nausee per sulfonal. Rinnovata medicatura. Si trovano le ferite riunite per prima. 6 p. 37. 5.

17. 6. 89. Calma. 3 p. 37. 3.

28. 6 al 1. 7. 89. Mestruazione in discreta quantità. Dopo una settimana completamente ristabilita parte per una villeggiatura alpestre.

Nell' ottobre 89 accusò una endometrite purulenta abbondante, con fenomeni di ritenzione del pus entro l' utero; inoltre coliche ovariche, rachialgia, zona di costrizione alla base del torace. L'utero si mantiene anteverso ma il collo è grosso, lungo, duro e difficilmente pervio alla più piccola sonda di Budin per le lavande intrauterine. Si eseguono parecchie irrigazioni intrauterine al solfofenato di zinco 2 p. 0[0 e si modifica la secrezione uterina. Nel gennaio 1890 si accentuano fenomeni di salpingite e periovarite bilaterale acuta. Riposo e ghiaccio sul ventre.

Recentemente (2 aprile 1890) il sig. prof. Porro, consultato per le sofferenze degli annessi, constatò l'anteversione perfettamente conservata e la elevazione del corpo dell'utero; periovarite destra e lussazione dell'ovajo sinistro.

VIII. *Utero subinvoluto retroflesso. — Operazione di Alexander. — Guarigione.*

Dem.... Diomira, di 36 anni, maritata, si presentò il 1.° ottobre al mio ambulatorio privato. Accusava intensi dolori lombari che le impedivano la stazione eretta ed ogni piccolo sforzo per movere un oggetto anche di lieve peso; il dolore si estendeva alla fossa iliaca destra e faccia interna della coscia destra. Narrò che nubile godette buona salute, fu regolarmente mestruata a 14 anni senza dolori ed in quantità normale. Si maritò a 20 anni. Ebbe 9 parti a termine, facili e seguiti da puerperii normali. Allattò i primi sei, non gli ultimi per debolezza generale e cefalea continuata. Negli ultimi due anni ebbe quattro aborti dal terzo al quarto mese, dei quali il primo fu incompleto, seguito da metrorragia fino al XIX giorno, quando espulse il residuo dell' uovo: l' ultimo aborto è avvenuto quattro mesi sono. Attualmente le mestruazioni sono anticipate ed abbondanti, così che ad ogni flusso mensile si aggravano i dolori, la prostrazione di forze e la cefalea.

Di scheletro alto, carnagione bianco pallida emaciata. Sana negli organi del petto e del ventre, e lascia palpare bene il suo contenuto. Nel piccolo bacino si trova un utero molle, piegato in due con il fondo più in basso del collo, che è grosso e lacerato e portato dietro il margine inferiore della sinfisi pubica. Con l' esame combinato si sente che il fondo, oltrechè è indietro ed in basso, è incastrato nella piega di Douglas ed a destra. Con la posizione genicubitale e con la sonda si riesce, non senza dolore, a portare il fondo in avanti, nella quale posizione è mobilissimo e misura 9 cm., dei quali quattro appartengono al collo. La vagina è corta ed ampia; l'ostio vaginale presenta lieve cisto e rettocele per lacerazione perineale antica.

Nelle condizioni dell' inferma, che ha bisogno di lavorare, massaia di campagna, e con così avanzato grado di retroflessione di utero subinvoluto, pensai che sarebbe stato tempo perduto la prova dei pessari, i quali per l' ampia lacerazione perineale non si sarebbero potuto reggere in posto. Suggerii subito l'operazione di Alexander che fu accettata ed eseguita il 6 ottobre 1889. Anestesia cloroformica dott. Gh. Ferreri, aiuto dott. P. Masetti, elavazione dell' utero dott. G. Garino. Due ferite divergenti da ambo le spine pubiche, per circa 8 cm. ciascuna, parellele all' arcata Poupart. Facile scopertura dell'anello esterno di ambo i tragitti inguinali, denudazione e trazione in fuori di ambedue i legamenti rotondi, prima di suturarli; e contemporanea elevazione del fondo uterino dietro e sopra al pube mercè la sonda rigida. Apertura del tragitto inguinale di destra, lavacro della ferita con soluzione al sublimato, stiramento del legamento largo destro verso il pube e sutura della metà interna o più grassa del legamento con ambo i margini muscolari della ferita praticata negli obliqui; la sutura è in filo di seta, continua, e comincia dall'angolo esterno all'interno della ferita. Escissione di 7 cm. di legamento rotondo al canto interno della ferita. Sutura continua muscolo-cutanea e cutanea. Uguale procedimento a sinistra. Estrazione della sonda dall'utero, lavanda vaginale, zaffamento di garza iodoformica in vagina per sostenere elevato ed indietro l'utero.

Decorso normale. Vomito al 2.º giorno. Temperatura media dei primi 7 giorni 37. 6, polso 80, respiro 20. Cateterismo vescicale fino al settimo giorno; nel quale si tolgono i punti e si trovano le due ferite riunite per prima, l'utero ha il fondo a quattro dita sopra il pube e il collo in alto ed indietro.

Al 14.º giorno le si permette di levarsi di letto, mantenendo sempre con zaffo vaginale di garza iodoformica.

Il 12 novembre, prima di tornare al proprio paese, viene a farsi riesaminare al mio ambulatorio. È mancata la mestruazione che doveva ricorrere il 30 ottobre. Ha un po' di tenesmo vescicale (cateterismo troppo prolungato). Non ha più dolore lombare e crurale, avverte talora lieve molestia della regione della fossa illiaca uterina destra. Se si china ha un po' di peso perineale. All'esame fisico comincia ad ingrassare, le linee di sutura quasi impercettibili in mezzo ai peli, si mostrano come due infossature, resistenti come cordoni. L'utero è antiflesso, molle, il fondo è a due dita sopra il margine superiore della sinfisi pubica, il collo è grosso e un po' pesante. Forse avrei fatto meglio amputarlo ed eseguire una perineorafia seguita seduta stante dall'Alexander, come ho fatto nei due ultimi casi.

IX. *Retroversione d'utero nulliparo. — Operazione di Alexander. — Guarigione operatoria.*

R.... Maria, di 26 anni, maritata, nullipara, isterica. Venne a farsi esaminare nell'aprile 1889, perchè avendo avuto due mesi prima convulsioni con perdita di coscienza, le era rimasto uno stato di agitazione generale e spossatezza. Aveva inoltre dolori lombari e della fossa iliaca interna sinistra e nella incisura sciatica corrispondente.

Mestruata a 13 anni, il flusso di sangue fu poco regolare e scarso nei primi anni, più abbondante si fece nei successivi, specialmente dopo maritata, a 23 anni.

Nei primi tempi tollerò bene i coiti, ma da cinque mesi in qua, ogni volta le si accentua il dolore della fossa iliaca sinistra. Fu sterile. Crede di avere uno spostamento dell'utero, perchè un anno innanzi fece una caduta sul sedere.

Vivace di carattere, perspicacissima d'intelligenza, mobilissima nelle sue determinazioni. È specialmente preoccupata del suo stato per una massa di turbe nervose, che le hanno tolto la calma e l'hanno privata perfino dell'unico sollievo morale che per lei era la musica.

Di scheletro regolare e di lodevole nutrizione generale, specialmente normale lo sviluppo muscolare. Organi toracici sani. Ventre piatto trattabile. Allo esame addomino-vaginale si riscontra un utero retroflesso e retroposto verso sinistra, e pare poco mobile; l'utero è piccolo, duro, impervio alla sonda, vagina arrossata con secrezione catarrale acre. È proposto ed accettato un pessario Thomas N. 8. Questo, più che tenere antiflesso l'utero, serve benissimo a tenerlo sollevato, e l'inferma se ne loda dall'aprile al settembre, quando è stato tolto per escoriazioni nel fornice vaginale posteriore, nonostante le irrigazioni di nettezza fatte accuratamente dalla paziente. Tolto il pessario, tornano in scena disturbi gastro-enterici, meteorismo e vomiti; più tardi la rachialgia e la ovarialgia sinistra si riaccentuano. Nuovamente avverte il peso al retto e il mitto urinario frequente. Per medicare le escoriazioni vaginali e sostenere l'utero, si mette uno zaffo medicato nel fornice vaginale posteriore.

Insofferente di cure provvisorie, ad un tratto decide di subire l'operazione di Alexander, che fu eseguita il 14 ottobre 1889. Preparazione dell'ambiente e della donna con entoroclisi ripetute per tenerne il ventre chiuso i primi 4 giorni. Abrasione, sgrassamento all'etere e lavacro al sublimato, addominale e vaginale. Anestesia cloroformica dott. P. Masetti, aiuto nell'operazione dott. P. Ricci; al sollevamento dell'utero con la sonda dott. G. Garino. Facilissima incisione fino al piano musculare e immediato ritrovo dei due estremi esterni dei legamenti rotondi, precisamente sopra la spina pubica. Apertura del tragitto inguinale di ogni

lato, denudazione dei cordoni del loro rivestimento peritoneale. Eseguito questo, facile stiramento in fuori dei legamenti rotondi, contemporanea manovra di raddrizzamento dell' utero, portato con la sonda in antiversione a 3 cm. sopra il pube dal dott. Garino. Sutura continua a sopraggitto dei piani muscolari e cutaneo. Zaffamento vaginale di garza iodoformica e fasciatura addominale.

Decorso successivo completamente apiretico. Tolti i punti al nono giorno, la riunione è avvenuta per prima intenzione in ambo le ferite e l'utero si trova in anteflessione, leggermente obliquo a sinistra. Alla fine di ottobre fu mestruata con anticipazione di 6 giorni.

Il 1.° novembre, 16 giorni dopo, si alza da letto. Esplorata con la palpazione addomino-vaginale e con la sonda, si trova che il fondo sta a tre dita sopra il pube sinistro e che la cavità misura 8 cm.

Il 5 novembre, 21 giorni dopo l'operazione, lasciai l'utero senza sostegno del zaffo di garza in vagina.

Il 10 febbraio 1890 si ripresentò al mio ambulatorio, lamentando pizzicamento ai pudendi esterni, catarro purulento tenue, sensazione di bruciore vaginale e senso di attrito fra il corpo dell' utero e le pareti addominali, precisamente a tre dita sopra il pube ed a sinistra della linea mediana ove si riscontra l'utero. Questo senso di attrito le riesce molestissimo, le produce talvolta crampi di stomaco, vomito e dolori a cintura lombo-pubici. Le mestruazioni si sono fatte più abbondanti, frequenti e dolorose. È strano: chè l' interpretazione di queste sensazioni indurrebbe a credere, che un eccessivo stiramento dei legamenti rotondi avesse portato il fondo dell'utero troppo rasente alle pareti addominali anteriori, e quivi lo stimolo di continuo fregamento provocasse iperemia dell'utero. Ma l'esame combinato addomino-vaginale lascia sentire l'utero elevato ed anteflesso bensì, ma non più accostato al pube di quello che non siano riusciti gli altri casi, di più la mobilità del corpo in senso antero-posteriore e verticale sono mantenute; il collo si mantiene indietro ed in alto secondo la norma. Ma dato ancora che l' avvicinamento del fondo dell'utero al pube fosse eccessivo, riesce oscuro spiegarsi perchè in questo caso dia tanta molestia, mentre in molte isteropessie anteriori lo stesso fondo dell'utero non è quasi avvertito. Bisogna ammettere che in questo caso molti fenomeni rilevati ed esagerati dalla paziente in gran parte, sono dovuti ad una notevolissima isteria generale, che ne ha fatto un carattere sempre esaltato. Si noti infatti che prima e poi dell' atto operativo aveva iperestesia spinale in alcune apofisi spinose delle vertebre cervicali e dorsali, e ad accessi soffriva diplopia, tendenza a ruotare a destra, emianestesia e contratture degli arti del lato destro, ecc.

Ora è da vedere se il caso sia stato bene scelto per la indicazione operativa, soltanto con il tempo: se le sofferenze locali cesseranno e

torranno alla paziente la preoccupazione del timore di ricadere inferma, molti disturbi nervosi destati come eccitazioni riflesse lontane dal centro doloroso, scompariranno e la donna potrà considerarsi perfettamente guarita. Se i disturbi continueranno, l'operazione sarà un tentativo non dannoso, ed il caso, fattispecie, sarà una dimostrazione che simili atti operativi hanno la loro vera indicazione: 1.° per togliere disturbi notevoli meccanici direttamente dipendenti dal vizio di posizione dell'utero e 2.° per allontanare e diminuire l'intensità di fenomeni riflessi da questo dipendenti.

X. *Prolasso dell'utero con allungamento ipertrofico del collo. — Cisto e rettocele. — Amputazione del collo, colporafia anteriore, colpotomia e colporafia posteriore, perineorafia Lawson Tait. — Operazione di Alexander. — Guarigione.*

Lar.... Annunziata, di 40 anni, maritata, venne al mio ambulatorio privato il 16 novembre corrente lamentando di avere l'utero fuoriuscito dai pudendi esterni, da circa due anni.

Fu mestruata la prima volta a 16 anni con sangue scarso e con dolori. Si maritò a 20 anni e per due anni fu irregolarmente mestruata, ogni due o tre emenorree avea perdite prolungate di sangue. Al terzo anno restò incinta, discreta gestazione e parto al nono mese naturale difficile prolungato: il puerperio fu normale ed allattò 12 mesi. Nel successivo anno ebbe tre aborti del primo trimestre con metrorragie. Dopo 8 anni ebbe un secondo parto n. f. a nove mesi seguito da puerperio normale; ma non allattò perchè indebolita.

In questi ultimi nove anni ebbe sempre mestruazioni abbondanti ed anticipanti, senza dolori. Negli ultimi due anni cominciò ad avvertire l'incomodo per il quale è venuta a farsi visitare. Ha dolori lombari e soprapubici, stimolo alquanto frequente al mitto dell'urina, senso di tumore fra le coscie e dolore urente sul detto tumore.

Nutrizione generale discreta, poco pannicolo adiposo sottocutaneo, tinta gialla sporca della cute. Scheletro di mediocre altezza, ma di ossatura grossa, il bacino è ampio. Dai pudendi esterni si vedono le grandi e piccole labbra divaricate da grosso tumore come cedro enorme, con la parte dell'ovoide più ampia all'estremo inferiore pendente fra le coscie. La metà superiore ed anteriore del tumore è coperta di mucosa cutizzata rugosa, ed è di consistenza molle e colore roseo, la metà inferiore e parte della posteriore e facce laterali presentano una superficie ineguale rosso-grigiastra ulcerata e sanguinante in alcuni punti e dura. Al polo inferiore di questo enorme ovoide si trova un'apertura trasver-

sale (orificio esterno del collo) per la quale la sonda penetra per 13 cm. con concavità posteriore. Afferrato con ambo le mani il tumore si sente avere due saccoccie elastiche anteriormente e posteriormente; nella anteriore si fa scendere bene il catetere vescicale, nella posteriore si stende il dito rettale perchè è formata dalla piega di Douglas, riempito di anse intestinali e con risonanza timpanica. L' esame combinato addomino-rettale non lascia sentire indietro il fondo dell'utero ancorchè si stiri in basso ed in fuori il tumore. La riposizione di questo è possibile ma dolorosa.

L'ovoide ha il suo diametro verticale dal clitoride alla metà del labbro anteriore di 18 cm. con circonferenza massima di 25 cm. la larghezza del collo fra i due labbri 5 cm.

Visto che il fondo dell'utero è ancora tanto alto da non trattarsi di prolasso completo, non giudico necessaria l'esportazione totale del viscere, che rialzato e fissato può sostenere la vescica ad essere utile alla donna che ha appena 40 anni. In ciò mi sono tenuto più riservato che lo fu il Fritsch negli otto casi di isterectomia vaginale per utero prolassato e riferiti dall'Asch.

Determinai di amputare il collo, e successivamente eseguire una colporafia anteriore, una perineorafia, e finire con l'operazione di Alexander per impedire che l'utero ricada e pesi sul perineo ricostituito. Operai il 20 dicembre 1889. Anestesia cloroformica dott. Ghe Ferreri, aiuti dottori Masetti e Garino.

Messa la paziente in posizione sacro-dorsale sul margine di una tavola, con le gambe piegate sulle coscie e queste sul ventre, sotto la doccia continua di acqua bollita fenicata al 2 0l0, lavato il tumore l'ho stirato in basso, previa vuotamento della vescica. Da un fornice laterale all'altro ad un cm. di distanza dal margine libero del labbro anteriore, e a 1[2 cm. di distanza dal fondo vescicale segnato dal catetere, ho condotto una lunga incisione concava superiormente. Ai punti estremi di questa incisione ho passato più profondamente che mi è stato possibile due lacci che comprendendo parte dei tessuti della base dei legamenti larghi hanno reso sufficientemente ischemico il campo operativo. Colla detta incisione semilunare è scollato profondamente (5 cm.) il collo dalla parte posteriore della vescica. Liberato così il labbro anteriore del collo, ho eseguito colle forbici due profonde incisioni laterali per dividere i due labbri fin sotto i lacci emostatici. Colla stessa forbice ho tagliato a sghembo il labbro anteriore fino alla linea di unione con la parete posteriore vescicale. Immediatamente con filo continuo a sopraggitto da destra a sinistra, ho suturato il margine vaginale anteriore con il margine mucoso del moncone cervicale residuo. Sutura rapida, molto consistente ed emostatica. Con i due capi estremi della sutura sostengo il moncone tirato in alto ed avanti. Parimente con la forbice allo stesso

livello incido il labbro posteriore, penetro nel cavo di Douglas e con il labbro posteriore escido a guisa di calotta molta parte delle pareti laterali e posteriori (5 cm.) della vagina, che costituivano il rettocele. Anche qui con unico filo a sopraggitto, suturo il moncone posteriore e la residua parete vaginale posteriore comprendendo nella linea di sutura i due foglietti peritoneali.

In tale guisa con l'amputazione del collo ho eseguito ad un tempo una colpotomia e colporafia che mi accorcia la vagina nel senso verticale o antero-posteriore. Immediatamente dopo escido dalla parete vaginale anteriore un rombo di mucosa fino allo strato sottomucoso vescicale. Sutura continua a sopraggitto in senso verticale così che la vagina viene stretta nel suo diametro trasversale. Eseguo quindi una perineorafia alla Lawson Tait. Incido trasversalmente per 5 cm. circa il breve spazio lasciato dalla commessura posteriore slabbrata e dall' orificio anale che ha pieghe emorroidarie tumide, prolungo con angolo curvilineo la incisione orizzontale con due verticali tirate ai suoi estremi verso il terzo inferiore delle grandi labbra. Con l'indice destro nell'orificio anale e con le forbici nella sinistra separo sino a 3 cm. di profondità la parete vaginale posteriore dallo sfintere anale. Anche qui con seta grossa e sutura continua a sopraggitto in due piani profonda e superficiale, converto le tre linee, in una sola verticale antero-posteriore. Finalmente infilata la sonda nell' utero e raddrizzato questo sopra al pube eseguo l'operazione di Alexander.

Questa riesce rapidissima perchè in venti minuti è compiuta d'ambo i lati, la sutura compresa. Il procedimento di sutura fu anche qui con filo unico a sopraggitto in due piani, ma disgraziatamente si vede che la lavanda del mio indice destro che fu nell'ano, non fu rigorosa; perchè la ferita inguinale destra che fu la prima eseguita è suppurata. Anche in questo caso appare maggiormente l'eccellenza del mio processo di denudare bene dal peritoneo il legamento rotondo e di suturarlo fra i piani muscolari delle pareti addominali. La paziente dal terzo giorno febbricitò; si tolse la sutura cutanea all' ottavo giorno e la ferita era riunita per prima in superficie, ma visto uscire pus dai punti si dovette rompere la linea di sutura e si trovò una fossa piena di pus e di cenci necrotici del tessuto adiposo sottocutaneo, il cordone aderiva nella sua sutura profonda nè il filo è stato rimosso: si è toccato il fondo della ferita con cloruro di zinco 10 0[0 e il cavo ha presto granulato; la febbre si è il giorno stesso abbassata e la donna non ha mai avuto il menomo risentimento peritoneale. Il perineo ha fatto una salda cicatrice, il cistocele non si rivede e l'utero si mantiene alto tre dita sopra il pube indolente.

XI. *Utero retroflesso, ipertrofico nel collo e corpo. — Incipiente rettocele. — Amputazione del collo. — Perineorafia Lawson Tait e Operazione Alexander.*

La signora Sie.... M. di 36 anni, di delicatissima complessione, ebbe quattro figli, il primo 12 anni e l'ultimo 6 anni sono. Dall'ultimo parto ebbe continue sofferenze, a sollevare le quali in differenti paesi molti medici fecero le prove delle diverse forme di pessario.

I patimenti maggiormente sentiti erano una compressione epigastrica quasi costante ma che aumentava nella posizione eretta dal tronco o nel fare qualche lieve sforzo di sollevare o tirare un peso. Aveva inoltre senso di stiramento lombare pondio perineale; mestruazioni regolari per tipo, ma alquanto abbondanti. Il senso di esaurimento generale, di cefalea quasi continua e l'astenopia sempre crescente ne avevano depresso molto il morale. Le cure ricostituenti a poco avevano approdato.

Scheletro di ossatura minuta, pelle pallida, mancante di grasso sottocutaneo, muscoli flaccidi. Ventre piatto trattabile con lieve sensibilità nella regione della fossa iliaca interna sinistra. L' esame addomino vaginale dà utero grosso, pesante, piegato in due con l'asse del corpo quasi ad angolo acuto con quello del collo. Il fondo dell'utero spinge il fornice vaginale posteriore in basso e male si rialza anche tenendo la donna nella posizione latero-prona sinistra. Il collo è grosso e lungo 3 cm. nella sua posizione sottovaginale, integro per continuità di epitelio, ma di colore sempre cianotico e duro. Poco muco dal canale cervicale.

Con tentativi lenti del rialzamento del viscere e con l'applicazione di zaffi intrisi di glicerina nel fornice posteriore si riusciva a diminuire le sofferenze locali, ma non a toglierle.

La vidi ai primi di ottobre e le proposi l'operazione di Alexander vista la male prova degli altri mezzi palliativi e il 25 novembre 1889 fu operata.

Anestesia cloroformica dott. Gh. Ferreri. Aiutano i dott. P. Masetti e G. Garino.

Previe le solite preparazioni dell'ambiente e dell'ammalata, purgata nella vigilia, questa fu rilavata e sgrassata nel ventre dopo la completa abrasione del ventre, pudendi esterni e radici delle coscie e irrigata in vagina e dentro l'utero con canna Budin e soluzione calda di sublimato 1 p. 2000. In posizione sacro-dorsale, a gambe e coscie flesse sul ventre, sotto continua doccia fenica dopo vuotata la vescica e mantenendovi il catetere ho tirato in basso il collo.

Dissecando il labbro anteriore dalla vescica ne ho amputato circa

2 cm., a cono, ed eseguita immediatamente la sutura a sopraggitto continua con grosso filo di seta, comprendente il margine della mucosa vaginale, i due lembi muscolari e la mucosa cervicale, i due capi estremi della sutura servono a tenere in alto ed in avanti il collo. Ugualmente eseguo l'amputazione e sutura del labbro posteriore del collo dell'utero, senza aprire la piega del Douglas, operazione che eseguo di proposito con resezione di porzione della parete vaginale al fornice posteriore nei casi nei quali la vagina posteriore scende in larghe pieghe. Del perineo, essendo rimasto il setto rettovaginale, eseguo la perineorafia alla Tait, suturando anche qui come nel caso precedente con filo grosso di seta a sopraggitto. Infine messa la paziente distesa sul letto e rilavato il campo addominale eseguo l'operazione di Alexander. In questo caso fu penosissima la ricerca di ambo i legamenti rotondi specialmente a sinistra. Accurata denudazione del rivestimento peritoneale, trazione facile del cordone fino ad avere portato i corni dell'utero a contatto della parete addominale anteriore. Tenendoli tirati ognuno nella sua fossa, costituita della ferita addominale, si esegue la solita sutura continua a sopraggitto, profonda, perduta, comprendente i margini muscolari incisi e il cordone. Successiva sutura continua a sopraggitto, muscolo cutaneo e cutanea, previa resezione del brandello di legamento non compreso nella sutura. Il fondo è a tre dita sopra il pube, il collo è posteriore. Zaffamento vaginate con garza iodoformica, con la quale si fa anche esternamente sulle ferite addominali la solita medicatura secca. Edotto dall' esempio precedente la lavanda dell'indice previamente, passato nel retto per la perineorafia di Tait, fu molto più rigorosa e il decorso delle ferite fu assolutamente asettico; 15 giorni dopo ebbe un poco di cistite catarrale (cateterismo vescicale) che l'inquietò per un po' di tempo. Al nono giorno si levarono i punti delle ferite inguinali e la riunione risultò di prima intenzione. Al 12.° giorno tolgo il filo della sutura perineale e sebbene i punti abbiano segato il tessuto cutaneo la riunione è anche quivi ottenuta per prima. Al ventesimo giorno, è tolto il filo di ogni labbro del collo e in questo anche il combaciamento dei margini e la riunione sono perfetti. Perchè molto gracile e delicata si alza di letto solo al ventesimo giorno. Esaminata un mese dopo si trova un perineo alto 4-5 cm resistente; la vagina non si ripiega più in basso perchè il collo è alto e posteriore, mancante della porzione sottovaginale; il fondo dell' utero si tocca a tre dita sopra la sinfisi del pube, discretamente mobile d'alto in basso nel corpo, che alla sonda misura una cavità di 6 cm.

Riesaminata il 30 marzo 1890. L'utero si mantiene perfettamente elevato ed anteverso come nei primi giorni dopo la operazione.

Dalla storia delle mie undici operate, si rileva che:

1.° L'operazione si può eseguire con l'anodinia locale alla cocaina o, se le inferme sono molto eccitabili, sotto l'anestesia cloroformica.

2.° Il sostenere durante l'operazione l'utero in antiflessione forzata con la sonda è necessario ed assolutamente senza pericoli.

3.° La operazione è facile e le difficoltà di ricerca dei legamenti rotondi sono quasi sempre state sul secondo legamento operato; e ciò per inesattezza della linea di taglio, o forse perchè l'utero già stirato verso un lato, può fare cambiare un po' i rapporti normali al legamento rotondo del lato opposto, stirandolo nel tragitto inguinale. Del resto la spina pubica è il vero punto di ritrovo; premerla e su questa incidere la pelle.

4.° L'operazione è senza pericoli di vita immediati e remoti.

5.° Fissando i legamenti rotondi nel tragitto inguinale si ovvia il pericolo di formazione di ernie; perchè se ne occlude l'orificio interno con la camicia peritoneale ed il tragitto con il legamento rotondo stesso.

6.° Scollando bene il peritoneo dal legamento rotondo non ci sono stiramenti interni nè del legamento largo nè delle ovaie; per cui non sono mai seguite coliche ovariche nelle epoche mestruali, e molto meno emorragie interne.

7.° I disturbi di compressione all'alto fondo vescicale si sono avverati solo in un caso, il terzo, e per breve tempo dopo l'operazione, ma non duraturi; perchè la vescica è libera di riempirsi inferiormente e più che tutto ai lati ove forma due borse.

8.° Nella stazione eretta, nella deambulazione e sotto sforzi respiratorî le operate non lamentano stiramento alle ferite, se non nei primi giorni.

9.° Osservate le precauzioni di asepsi le ferite non suppurano e le suture sono molto salde senza mai necessità di drenaggio.

10.° È prudente, ma non necessario applicare una protesi uterina in vagina, immediatamente dopo l'operazione. Più d'ordinario applico la garza iodoformica.

11.° D'ordinario al secondo o terzo giorno si effettua una lieve metrostaxis, effetto di manovre interne e dello spostamento forzato dell'utero.

12.° La gestazione non è impedita.

13.° Il sollievo è grande per la scomparsa dei disturbi locali e per la miglioria della nutrizione generale.

14.° L'operazione è indicata nei casi gravi di retroflessione, dove il pessario non basta più a tenere elevato il fondo dell'utero e dove la mancanza di aderenze posteriori invincibili, non rende necessaria la laparotomia.

15.° L'effetto remoto è permanentemente da me e da colleghi miei constatato. In ogni caso si trova l'utero in antiflessione con il fondo a tre dita al disopra del pube ed inclinato verso quel lato dal quale uno dei due legamenti fu più stirato. Il collo è sempre elevato e portato indietro ed è *mobilissimo*.

III.

Una operazione così bene definita nello scopo che si prefigge, nei mezzi di cui si serve e nei limiti nei quali resta indicata, mentre — come ho già detto — fu accolta con plauso in America ed in Francia, in Germania ha incontrato uno scetticismo che non si vede bene se sia tutto effetto di sana critica o di un po' di chauvinisme. È deplorevole che in Italia si sia quasi ciecamente seguito l'esempio di questa; perchè anche presso di noi poco se ne è scritto. Abbiamo la prima rivista bibliografica del Mangiagalli (*Gazzetta degli Ospedali*, 1885, N. 19-20) nella quale e per il giudizio sopra i casi narrati e per convinzioni acquisite sopra personali esperienze cadaveriche, concludeva molto favorevolmente alla operazione di Alexander e si proponeva di ripeterla al primo presentarsi di una occasione opportuna. Il Casati (1) nella sua monografia riunì una delle statistiche più complete, per l'epoca in cui il suo lavoro uscì e provò che l'operazione è facile, opportuna ed innocua. Di più descrisse un suo processo di cui già ho fatto parola.

Il Berruti scrisse un lavoro sperimentale e clinico che, credo, sarà lo studio che in Italia potrà meglio decidere i chirurgi alla prova di quella facile operazione; perchè, oltre la chiarezza abituale dei lavori

(1) *Raccoglitore med.*, 1887, N, 568.

di questo autore, vi ha uno studio completo anatomico e fisiologico dei legamenti e delle loro funzioni nella statica uterina. Dippiù porta con i suoi cinque casi la pratica di due clinici molto noti: nella ginecologia il Berruti, nella chirurgia il Novaro, i quali se si sono appresi a tale processo, mostrano di averne avuto fiducia: ciò che torna a gran merito dell'operazione stessa.

Si aggiunga ai lavori accennati il mio primo caso operato, alla narrazione del quale feci seguire alcune norme per la facile esecuzione del processo. Da ultimo il dottor Raffaele Bastianelli comunicò alla « Società Lancisiana » degli Ospedali di Roma, 12 aprile 1889 (1), di avere eseguito sei volte l'operazione, e descrive il suo processo, che consiste nel denudare il legamento rotondo dal rivestimento peritoneale, perchè si possa renderlo scorrevole, e nel cucire il tratto di legamento largo, che si affaccia all'orifizio inguinale interno sotto energica trazione, ed il legamento rotondo in tutta la sua lunghezza con sutura a sopraggitto. Il dott. Bastianelli che ha veduto i primi casi di quelle operazioni da me eseguite con questi dettagli nel processo, si è convinto della loro bontà ed efficacia, e dopo fattane larga esperienza personale con operazioni eseguite all'Ospedale di S. Giovanni, se ne fa caldo propugnatore.

Invece la proposta dell'Olshausen è stata così largamente ed entusiasticamente seguita in Germania, che non è più stato concesso nemmeno l'onore della discussione all'operazione di Alexander in tante riunioni di ginecologi tedeschi.

Alcuni, che ne accennano di volo un caso, l'enumerano per constatarne un insuccesso (Sänger, *Centr. f. Gyn.*, 1888, N. 2. Czerny, *Beitr. d. Klin. Chir.*, Bd. IV, Heft. 1).

Hoffeymer (*Gründriss f. op. Gyn.*) a pag. 262 afferma questo scetticismo tedesco, asserendo che gli esiti finali sono molte volte dubbii. Accetta anch'egli la difficoltà di trovare i legamenti rotondi: volentieri accenna alla possibilità di ernie inguinali come conseguenze dell'atto operativo. Ad infirmare la benevolenza che si potrebbe a prima vista avere per tale operazione, nota che occorrono parecchi giorni di letto perchè le aderenze si facciano salde. La stessa precauzione di applicare un

(1) *Riforma medica*, N. 96, 1890.

sostegno vaginale nei primi giorni dopo l' operazione, è esposta quale prova di operazione insufficiente per sè ad ottenere l' effetto. Dato che l' operazione non riescisse e che si dovesse ricorrere alla laparotomia, crede che questa riuscirebbe più difficile.

Il Sänger in parecchie occasioni, innanzi alla società ginecologica di Lipsia — aprile 1887 — abbe ad occuparsi esattamente del trattamento della retroversione. Quando è accennato all'operazione d'Alexander se la cava con il dire che dà risultati incompleti e che gli stessi autori inglesi la criticano (Hart et Barbour, ed. Dawin. *Centr. f. Gyn.*, 1880, N. 2, p. 19). — Credo che i casi di Zeiss e di Kümnel siano rimasti isolati o seguiti da pochissimi altri.

Nell'estate 1888 a Zurigo, parlandone io con il prof. Wyder, questi mi fece una smorfia di diffidenza, sebbene mi confessasse di avere nemmeno fatte prove sul cadavere. Se le prove del Freund fatte sul cadavere fossero da questo state ripetute sul vivente e prima di Alexander, io credo che anche in Germania questa operazione avrebbe avuto miglior fortuna. Invece, sotto il nome di altri autori, assai più tardi si è rapidamente divulgata un'operazione, che al tempo in cui il Köberlé (1877) la eseguì, fu audace. Questi in un caso di coprostasi cronica in conseguenza di retroflessione, fece la laparotomia, sollevò l'utero dallo spazio di Douglas e lo cucì alle pareti dell'addome (p. 349, *Ciclop. Chir.* Pitha e Billrott. I. « Spostamenti uterini. » Fritsch). Secondo, il Sänger, castrò la donna ed ambedue i monconi ovarici fissò in avanti alla ferita addominale (*Centralb. f. Gyn.*, 1888, p. 20).

Müller (1878) propose già che nelle ostinate retroflessioni si fissasse il fondo dell'utero alla ferita addominale, avendolo egli bene sperimentato in due casi di fibroma e prolasso di utero.

Schultze nel suo trattato sugli spostamenti dell' utero, afferma degnissimo di attenzione il pensiero di profittare di una laparotomia, con altro scopo intrapresa, per fissare l'utero alla parete addominale anteriore affine di evitare la recidiva di antiche flessioni (*Path. u. Uer. d. Lageveränd. d. Gebärm,* 1881, p. 76).

Finalmente, in un' epoca felicissima per la chirurgia addominale, l' Olshausen alla 59.ª riunione dei naturalisti tedeschi, sezione ginecologica, espose nettamente il suo processo di *ventro-fissazione dell' utero retroflesso.*

La semplice cucitura di un peduncolo (moncone di tumore espor-

tato) alla ferita addominale non può bastare; bisogna proprio fissare l'utero ai suoi due canti superiori dopo correttane la posizione.

Eccone il processo:

Apertura del ventre.

Distacco delle aderenze dall'utero, stiramento di questo in alto ed in avanti per provarne la mobilità. Scelta dei punti delle pareti addominali, ai quali va unito l'utero.

Questi punti devono cadere ai lati della ferita addominale alcuni centimetri, più vicini al pube che al bellico, più in basso nelle retroversio-flessioni, più in alto nei prolassi; evitando l'art. epigastrica facilmente, perchè la si sente pulsare.

Fissazione di ogni corno dell'utero alle pareti addominali, con più punti.

Un ago curvo è passato vicino all'utero intorno al legamento rotondo ed è spinto profondamente attraverso lo strato muscolare delle pareti addominali e riportato fuori della loro superficie peritoneale. Ciò si fa da ogni lato con due o tre suture che sono strettamente annodate. In tal guisa non l'utero istesso, ma le parti dei legamenti rotondi e dei larghi a quello prossime sono fissate alle pareti del ventre. Se la funzione delle tube non convenga più di mantenere, anche queste possono essere allacciate nelle suture (*Centr. f. Gyn.*, 1886, N. 43, p. 698).

L'Olshausen limitava la indicazione dell'operazione ai casi nei quali, esistendo aderenze ostinate che legano l'utero in retroflessione, si fosse costretti a ricorrere alla laparotomia per staccare le aderenze.

Ma l'entusiasmo fu tale che presto si diffuse l'operazione e fu eseguita in tutti i casi di retroflessione di utero, fosse o no fissato da aderenze. Presto si ebbero i casi di Bardenheuer, di Czerny, di H. Kelley e di Sänger: si ripescarono i casi di Köberlé, di Lawson Tait (1880) e di Hennig (1881). Dal numeroso materiale già accumulato, esaminando tutte le piccole varianti il Sänger, potè nell'aprile 1887, alla società ginecologica di Lipsia, presentare un quadro di gruppi di varii processi usati nella già numerosa serie di casi operati (*Centralbl. f. Gyn.*, 1888, N. 2, pag. 17), come segue:

1.° Castrazione e sutura di ambo i monconi alla *ferita* addominale (Köberlé, Hennig).

2.° Ovariotomia o castrazione e sutura di un moncone alla *ferita* addominale (Olshausen e Sänger).

3.° Castrazione e sutura del fondo dell' utero alla *parete* addominale (Lawson Tait e Czerny).

4.° Castrazione e sutura di un moncone alla *parete* addominale (How. Kelley).

5.° Castrazione e sutura di ambo i monconi alla *parete* addominale (Olshausen e Sänger).

6.° Cucitura dei corni uterini (legamenti rotondi e larghi) alla *parete* addominale *senza castrazione*, vera ventrofissazione dell' utero (Sänger).

Il Sänger volendo erigere a metodo questo sesto modo di operare, insiste perchè s' indichi l' operazione più ancora nell' utero mobile che non nel fisso, rappresentandone la prognosi migliore nelle mancate aderenze. Per sfuggire alla giusta obiezione che in tali casi basterebbe la operazione di Alexander, cita dei suoi due casi uno, che prima era stato operato di resezione dei legamenti rotondi e nel quale l' utero *non era stato portato* in anteversione. Io aggiungerei: perchè nell'operazione non era riuscito a trovare il legamento rotondo sinistro, invece del quale prese fibre del cremastere.

Il Leopold presentò tre casi bene riusciti di uteri già aderenti in retroflessione con ablazione o meno degli annessi a seconda dello stato di questi e sutura dell' utero alle pareti addominali con il fondo e non con i corni. La sutura è così disposta: il primo punto a 1 cm. dal fondo, il secondo punto sul culmine del fondo, il terzo un cm. dietro il fondo; i fili sono passati nella spessezza delle pareti addominali e stirati prima di essere annodati: il Leopold graffia la superficie sierosa del fondo perchè offra migliore probabilità di adesione.

Egli afferma avere così proceduto dalla esperienza acquistata sopra molte sue cesarizzate. Nel maggior numero di queste la ferita incisa dell'utero era saldamente e per lungo tempo aderente alla parete addominale, senza che ne sorgessero i menomi disturbi per le donne (*Centr. f. Gyn.*, 1888, N. 11).

Osservazione che cade ora a me di fare in tre cesarizzate, una da sei e l'altra da un mese, con sutura a sopraggitto della ferita uterina e delle pareti addominali, con decorso apiretico sempre uguale. In esse trovo l'utero a metà tra l'ombellico e il pube o al terzo inferiore di detta linea aderente alla parete addominale anteriore, senza che la inferma ne accusi il menomo fastidio. Del resto in tutte le anteposizioni ed ele-

vazioni dell'utero, come accumulo di feci, ematoceli periuterini, peritoniti saccate posteriori, tumori cistici e fibromi molto sviluppati nella faccia posteriore del collo, incastrati nel piccolo bacino ed approfonditi nella piega del Douglas, le donne non lamentano mai dolore nell'area occupata dall' utero spostato a meno che attivi processi flogistici non ne segnino i contorni.

Per questa ultima nozione clinica anche io in quattro casi nei quali fui costretto a togliere gli annessi, fissai non solo il fondo dell'utero ma metà della parete anteriore del corpo alla parete anteriore del ventre: convinto che non una larga adesione ma un continuo stiramento riescono molesti alla paziente; e suturando per superficie estesa si previene la formazione di peduncolo e di scuotimento del viscere da questo pendente. Ne darò un cenno.

I. *Ematosalpinx destro. — Perimetrite posteriore che fissa l'utero in retroflessione.*

M.... Gioconda, di anni 22, nubile e vergine, mestruò a 16 anni con dolori. Contemporaneamente cominciò a lavorare a macchina con pedale, lavoro per lei faticosissimo. Dolori alla regione ovarica destra continui, spasmodici nell'epoca del sangue mestruo che si faceva sempre più scarso. Da sei mesi febbri ad ogni ricorrenza, dolori acutissimi ovarici lombari e crurale destro. Dimagramento generale rapido.

Esame fisico. — Emaciazione e pallore. Organi toracici sani. Ventre trattabile. Annesso destro aumentato di volume, dolentissimo alla palpazione addominale e vaginale. Utero retroverso fisso, grossa massa, resistente, fissa nella piega Douglas. Annesso sinistro anche palpabile ed un po' dolente.

Operazione. — Incisione 12 cm., tre cm. sopra il pube. Utero con il corpo grosso e inclinato posteriormente. Dietro all'utero una grossa sacca come uovo di gallina che aderisce al fondo pelvico e continua con l'ovaio destro fisso e ingrossato. L'ovaio sinistro è anche ingrossato ed ha poche briglie posteriori. Riparate le intestina sotto ampio pannolino di garza bollita, scollando il tumore ovoide retrouterino, si è rotto perdendosi parecchio liquido denso piceo grigio nerastro. Rapidamente nettato il fondo pelvico si è staccato tutto il tumore, costituito dalla tromba destra afflosciata e con esso l'ovaio omonimo. Legatura di tutto l'annesso in due fasci, con doppio filo passato nel corno destro del tessuto uterino ed escisso con il Paquelin.

Uguale e più facile rimozione dell'annesso sinistro. Toilette della

piega Douglas con batuffoli di garza bagnati al sublimato 1 0[00. Per fissare l'utero ed eseguire la sutura addominale, procedo nel modo seguente. Con pinza ad uncino di Hegar faccio tenere il fondo dell'utero alla ferita, e io comincio dall'alto la sutura peritoneale continua della ferita addominale, finchè arrivo a metà di questa. A questo livello continuando la sutura a sopraggitto, dietro i due margini peritoneali infiggo sempre l'ago nel tessuto uterino, lungo una linea verticale di circa 2-3 cm. In tal guisa l'utero resta fissato addosso al peritoneo parietale anteriore del cavo addominale. Successivamente faccio sempre a sopraggitto le suture dello strato muscolare e cutaneo. Decorso apiretico, riunione della ferita per prima. Lasciò il letto al quindicesimo giorno. Fu operata il 12 settembre 1889 ed esaminata in gennaio 1890, la ragazza non avverte alcun disturbo, ha riguadagnato nutrizione generale e l'utero si tocca a 4 dita sopra il pube, dietro la linea di sutura, indolente. I fornici vaginali sono tutti rialzati e vuoti.

II. *Retroflessione di terzo grado in utero subinvoluto.*

B.... Costanza, 41 anni, maritata, venne al mio ambulatorio privato ai primi di novembre, dicendomi che da quattro mesi dopo un grande sforzo nel sollevare un peso avvertiva dolori addominali. Di più due ore dopo il pasto le prendeva un acuto dolore nella regione dell'ovaio sinistro, che saliva all'ipocondrio sinistro e al bellico e con un senso di costrizione circolare alla base del petto, uno spasimo dello stomaco le faceva recere tutte le materie ingerite di qualunque natura esse fossero. Dopo di che era tranquilla.

L'accesso era sempre uguale dopo i due pasti e senza differenza fra le epoche mestruali e le intercalari. In questi quattro mesi era notevolmente diminuita di benessere generale e di forze così che non poteva più attendere alla sua azienda domestica. Dai 13 anni è regolarmente mestruata per due giorni, senza flusso intercalare. A 23 anni maritata, ebbe un aborto al sesto mese e tre parti a termine, l'ultimo tre anni sono. — Dieci anni fa fu curata per infiammazione d'utero, poi fu sempre sana.

Scheletro piccolo, dimagramento generale notevole. Frequente flatulenza e di odore grave. Ventre appianato, molle, trattabilissimo. Area stomacale piccola ed indolente alla palpazione. Polmoni e cuore sani.

Pressione intrapelvica dolorosa. Esame combinato dà: utero grosso abbassato, retroflesso, con il fondo più basso del collo, istmo floscio, lunghezza totale dell'utero 9 cm. Ambedue gli annessi aumentati di volume e sensibili alla palpazione combinata, specialmente il sinistro che diveniva dolente.

Fu riposto l'utero in anteflessione e furono provati successivamente pessarii di Thomas e di Hodge. Risultato inutile.

Operazione 18 novembre 1889. — Esportazione di ambedue gli annessi un po' aumentati di volume ma con numerose cisti sierose di ambo i paraovarii dal volume di un gran frumentone a quello di nocciola, specialmente nel paraovario sinistro. Portato l'utero in alto, facilmente ho eseguito la sutura a sopraggitto continua del peritoneo parietale nella metà superiore della ferita addominale, e del peritoneo e utero nella metà inferiore lungo una linea verticale sulla faccia anteriore del corpo dell'utero; in maniera che la sutura sierosa resta saldata sopra la faccia anteriore dell'utero che vi resta adesa dietro.

I punti del perenchima uterino si approfondano sempre 2-3 millim.

Riunione per prima; decorso apiretico. Nessun dolore addominale, nè più mai un vomito. Esaminata il 19 febbraio 1890, si trovano il fondo e il corno sinistro dell'utero fissati a metà della ferita addominale, quattro dita circa sopra il pube: il collo pare rimpiccolito ed è discretamente mobile senza fare sentire nessuno stiramento alla donna, che si loda di un completo benessere generale e locale.

In questo caso, sebbene l'utero fosse mobilissimo, ho eseguita la isteropessia anteriore previa laparatomia, perchè essendo malati gli annessi, probabilmente la sola operazione di Alexander avrebbe dato un risultato incompleto.

III. *Utero subinvoluto retroflesso mobile, ingrossamento dell'annesso sinistro — Laparo-isteropessia, previa esportazione dell'annesso sinistro*

C.... Gius. (R. A. 106, VIII), di 25 anni, maritata, venne a farmisi visitare per dolori addominali frequenti intensissimi nella regione ovarica sinistra, e lungo la gamba corrispondente fino al ginocchio. Avea inoltre pondio perineo-rettale, coprostasi, mitto orinario spesso accompagnato da tenesmo vescicale, senso di abbassamento dell'utero. Mestruazioni prima abbondanti e facili, ora scarse e dolorose. Tutti questi incomodi sono andati crescendo da sei anni a questa parte, dopo un aborto incompleto, del quale dovette essere operata.

Si maritò a 15 anni ancora impubere ed a 16 anni ebbe le prime regole piuttosto abbondanti.

A 18 anni ebbe il primo parto n. f. seguito da buon puerperio. A 20 anni il secondo parto, per eccesso di volume della testa del feto, dovette essere compiuto con l'aiuto del forcipe e seguito da puerperio infettivo per 40 giorni. A 22 anni ebbe il detto aborto incompleto.

Scheletro regolare, nutrizione generale scaduta. Ventre trattabile. Utero voluminoso floscio nel corpo, duro nel collo; piegato in due, il

collo si porta dietro la sinfisi del pube con l'orificio esterno diretto in basso, il corpo occupa tutto il fornice vaginale posteriore.

Tutto il suo livello è abbassato nel canale vaginale. Il collo presenta integro l'epitelio di rivestimento e pochissimo muco cristallino tenue gemente dall'orificio esterno. I fornici anteriore e destro sono corti, il sinistro è dolente, a pigiare con forza e con l'esame combinato si tocca l'annesso sinistro notevolmente aumentato di volume (noce). La sonda penetra a concavità posteriore per 8 cm.; e con movimento di rotazione, cercando di anteflettere l'utero si eccita notevole dolore, nè si riesce a portarlo bene con il fondo dietro e sopra la sinfisi del pube.

In questo caso, già altre cure a scopo revulsivo e risolvente essendo già state provate senza frutto, visto che difficile riusciva la riduzione, stentato sarebbe stato il mantenimento dell'utero in posto e toccandosi un annesso notevolmente ingrossato e dolente, non esitai a proporre la laparo-isteropessia, previa ablazione di un annesso.

L'operazione fu accettata ed eseguita il 31 gennaio 1890. — Cloroformizzava il dott. Gh. Ferreri. Cooperava il dott. P. Masetti ed aiutava il dott. Garino. Incisione cutanea molto vascolarizzata, emostasi minuta, incisione muscolare in mezzo alla linea alba per circa 8 cm. da quattro dita sotto il bellico al margine superiore della sinfisi del pube. Apertura del peritoneo parietale. Palpazione nel piccolo bacino, ed applicazione contemporanea di un lenzuolino di garza bollita per riparare e spingere in alto le intestina.

Il corpo dell'utero si trova completamente piegato indietro ad angolo acuto sul collo, quasi incastrato fra le due falci del cavo del Douglas ed è un po' inclinato con il fondo verso destra. Ovaio e tromba destra normalissimi per volume, colore e conformazione e liberi da ogni aderenza; la tromba sinistra è quadruplicata del suo volume e l'ovaio triplicato per molti follicoli idropici ed una cisti emorragica (follicolo di Graaf prossimo a scoppiare) la porzione alta del legamento largo sinistro sottostante alla tromba, ingrossata, alquanto resistente e con vasi venosi molto sviluppati. Il dott. Garino per vagina spinge in alto il fondo dell'utero, che con la mano addominale io raddrizzo, libero essendo da aderenze, e con pinza Muzeux tiro fino all'apertura addominale e verso destra. Esposto bene l'annesso sinistro, applico doppia legatura sulla tromba presso il corno e recido in mezzo ai due nodi con il Paquelin. Con ago crunato passo un doppio filo circa a metà altezza del legamento largo sotto il tratto grosso ed infiltrato e lego in due fasci uno superiore interno, e sotto il corno, l'altro inferiore esterno sotto l'ovaio e la tromba, quindi incrocio i capi del filo e riannodo tutto in un solo fascio: sopra al nodo escido con Pacquelin in una sola massa tuba, ovaio e porzione infiltrata del legamento largo.

Pulizia del cavo pelvico con batuffoli di garza preparata al sublimato

secca. Tirando nuovamente l'utero in alto, lungo la linea mediana comincio dall'estremo inferiore la sutura a sopraggitto del peritoneo parietale comprendendovi sempre la faccia anteriore del corpo dell' utero dalla metà al fondo, nel seguente modo: l'ago, infilato il margine peritoneale di sinistra trafigge lungo la linea mediana il muscolo uterino per due mm. di profondità e cinque di estensione e alla sua uscita infila il margine peritoneale di destra e così via. L'utero è suturato in tale guisa dietro e con il peritoneo parietale per circa 2 o 3 cm. in senso verticale nella sua linea mediana. La sutura, oltrepassato il fondo dell'utero, lo lascia e continua fra i margini peritoneali fino all' estremo superiore della ferita. Da questo all' inferiore comprende, sempre con punto a sopraggitto, lo strato muscolare e risalendo il cutaneo — sottocutaneo ed il cutaneo. Lavatura e medicazione secca alla garza con iodoformio.

Il decorso della guarigione fu perfettamente apiretico; i punti furono tolti al nono giorno e la ferita era riunita di prima intenzione. La prima mestruazione che doveva avvenire il 16 febbraio non si ebbe che il 2 marzo successivo, e fu preceduta da dolori al basso ventre lungo la metà inferiore della ferita e nella regione della fossa iliaca destra, regione lombare destra e nulla a sinistra. Il 15 marzo venne da me a farsi visitare e si trova ventre un po' floscio, sutura resistente come grosso cordone. Utero fisso con il fondo a 4 cm. sopra il margine superiore della sinfisi pubica, bene mobile in senso verticale nella sua metà inferiore. Il collo è posteriore ed elevato. Tutto il corpo sebbene suturato a metà altezza della ferita addominale non è eccessivamente alto rispetto allo scavo pelvivo; ciò forse perchè le pareti addominali magre ed abbondanti, cedono e rientrano nel ventre appianato. Cambiando la posizione da orizzontale in verticale, avverte momentaneamente uno stiramento alla ferita, che dopo alcuni passi scompare.

IV. *Retrodestro-versione fissa, per briglie, relitti di pregressa peritonite. — Endometrite purulenta. — Raschiamento endouterino. — Laparotomia, distacco delle aderenze e isteropessia anteriore — Guarigione.*

C.... Anna, di 34 anni, maritata, era degente in letto da otto mesi per continui dolori pelvici e crurali e per scolo purulento abbondantissimo dai pudendi, che l' hanno esaurita di forze. Il dott. Novelli m' invitò a vederla con lui. Questa donna, figlia di genitori sani fu mestruata a 15 anni, con perdite di tre o quattro giorni, facili, senza dolori, con quantità modica di sangue ed a periodi mensili regolari. Nel 1881 si maritò e contrasse uno scolo, blenorragico (?). Nel 1882 partorì al settimo mese due feti ed ebbe un puerperio patologico per pelviperitonite, che

la tenne in letto circa due mesi. Le restarono dolori addominali, pelvici e crurali, sopportabili e potè accudire alle faccende domestiche. Da due anni dopo, la riacutizzazione del flusso purulento dai genitali, le sofferenze si sono fatte intensissime. I dolori partono specialmente dalla regione della fossa iliaca interna destra, si approfondano nella metà destra del bacino, gravativi nella sinfisi sacro-iliaca destra e regione lombare omonima, stiranti e trafittivi sopra il pube e nella coscia, lungo il decorso dei n. sciatico e crurale. Questi dolori che sono costanti in ogni posizione ed ora del giorno, si esacerbano molto nella posizione eretta, nella deambulazione e nello scarrozzamento; si diffondono a sinistra e nel resto dell'ambito addominale qualche ora dopo l'ingestione dei cibi, dopo le difficili evacuazioni alvine e dopo il mitto dell'urina, che lasciano tenesmo degli sfinteri. Da cinque mesi i dolori sono esasperati dal frequente ed abbondante fluire del sangue, che accade ogni quindici giorni. Per lo scolo purulento fu curata con locali cauterizzazioni; per i dolori addominali con rivulsioni, vescicazioni e fomentazioni calmanti caldo umide.

È una donna di scheletro normale e di aspetto florido per nutrizione generale, pannicolo adiposo discretamente abbondante e muscoli bene sviluppati. Ha la faccia abitualmente contratta, irritata dal continuo soffrire. Organi toracici sani. Ventre abitualmente meteorico, più convesso nella metà sottombellicale che nella sopra. Risuonanza timpanica chiara in tutto l'ambito. La palpazione trova resistenza, quasi uniforme, per contrazione dei retti addominali eccitata dal dolore ai più lievi contatti. Sotto l'anestesia cloroformica si trova ventre molle, e con l'esame addomino-vaginale s'incontra utero grosso e duro, lungo 9 cm. rovesciato indietro e con il fondo a destra, il collo diretto avanti e posto dietro il pube sinistro. Cercando di approfondire la palpazione intorno ai limiti dell'utero non è possibile sentire bene vuoto alcun fornice, specialmente nel destro e posteriore si toccano masse resistenti, piccole, senza figura nei limiti nettamente palpabili che continuano con il fondo, corno e margine destro dell'utero e si tendono come corde sopra il fornice nei tentativi fatti con la sonda per raddrizzare il corpo e portarlo sopra il pube; ciò che in parte riesce; nei fornici posteriore e sinistro si sentono anche masse non limitabili ma meno resistenti ed aderenti. La sonda lasciata entrare senza violenza si dirige a convessità posteriore destra per 9 cm., l'orificio esterno del collo dell'utero è rotondo resistente per cicatrice da cauterizzazioni eseguite sul muso di tinca, e da questo geme abbondante pus; l'orificio interno è ampio e non avverte il passaggio della sonda anche a donna sveglia. Per il retto si tocca la faccia posteriore dell'utero, inclinata indietro e pare quasi con il fondo attaccata alla sinfisi sacro-iliaca destra.

Posta la diagnosi di *endometrite e relitti di perimetrite prevalente*

a destra che mantengono l' utero fisso in una deviazione, proposi prima la pulizia del cavo uterino e successivamente il distacco delle aderenze dell' utero ed annessi per laparotomia. La inferma che era stanca del male, indispettita della vanità e lungaggine delle cure precedenti, accolse con entusiasmo la proposta.

Il 19 febbraio 1890, assistito dallo stesso dott. Novelli, eseguii il raschiamento della cavità del corpo uterino. Messa la donna in posizione lateroprona sinistra, esposto il collo dell'utero con lo speculum di Cleveland ed abbassato per quanto mi fu possibile con le pinze di Hegar, lavai la cavità uterina con sonda Budin e soluzione 1 0[00 di sublimato calda. Indi eseguii la dilatazione istantanea del canale cervicale, con i cinque dilatatori di Schröder e raschiai con il grande cucchiaio Simon. Esportai con ciò lembi di mucosa spessi ma non molto flosci. Rilavai a lungo la cavità uterina con la stessa soluzione di sublimato e zaffai tutta la cavità con strisce di garza iodoformica 20 0[0.

A distanza di circa 4-5 giorni eseguii altre quattro lavande intrauterine sempre seguite da zaffamento della cavità del corpo con garza iodoformica ed il 14 marzo eseguii la laparotomia. Cloroformizzava il dott. Gherardo Ferreri, aiutavano i dott. P. Masetti e G. Garino, assisteva il curante dott. Novelli.

Previa la solita accurata disinfezione del campo operativo, sebbene a pareti grasse, si riuscì con una sola incisione dal bellico al pube nella dieresi della cute e grasso sottocutaneo, emostasi. Separazione dei m. retti per incisione della linea alba. Apertura del peritoneo, sollevandolo a piega perchè le intestina un po' sviluppate vi si tendono sotto. Esaminando il cavo addominale e pelvico, si trova che molte porzioni di intestina tenui aderiscono per antiche briglie, a cordone, al fondo ed alla parete posteriore dell'utero. Questo è talmente stirato in dietro ed a destra che la piega Douglas è scomparsa e l'annesso destro ispessito e raccorciato con il legamento largo corrispondente, è coperto di nuove membrane che nascondono l'ovaio aderente in fondo alla parete destra dello scavo; mentre la tromba la ricopre nel suo tratto esterno e con giri a zig zag, aumentata al quadruplo del suo calibro normale aderisce alla faccia posteriore dell' utero. Questo è molto grosso e rovesciato in dietro e stirato con il corno destro verso la sinfisi sacro-iliaca destra. A sinistra, la tromba di calibro poco superiore al normale si stende orizzontalmente dal centro dello scavo alla parete sinistra del piccolo bacino, e dilatata nell'estremo fimbriato, con salde e vecchie membrane fissa e nasconde alla faccia posteriore del legamento largo sinistro l'ovaio. Questo è ingrossato nel suo margine superiore per due follicoli cistici che danno un tumore del volume di circa una noce, mentre il resto dell'ovaio schiacciato come mandorla aderisce senza rilievo sulla faccia posteriore del legamento largo dal quale si distingue solo per la scabrezza di superficie e la aderenza del corpo.

Dopo varii tentativi per potere prendere il fondo dell' utero con uncini, previo distacco delle intestina, non volendo ledere queste che alquanto meteoriche, si frappongono alle mani che operano, e non riuscendovi ho deciso di estrarle. Le ho avvoltolate sull'epigastrio in un ampio pacco di garza al sublimato intriso di acqua bollita, scottante; ciò ha portato anche la riduzione di volume delle anse ed io ho avuto campo libero nel piccolo bacino per eseguire distacchi, legature ed incisioni di parti. Staccate bene due anse del tenue dal fondo dell'utero, ho passato la mano sinistra dietro a questo e vi ho fissata una pinza Muzeux. Tirando fortemente questo a sinistra in alto ed in avanti, mi è riuscito di staccare tutto l'annesso destro aderente alla faccia posteriore del corpo dell'utero. Dopo ciò pongo due legature all'estremo uterino della tuba ed in mezzo incido con il Paquelin. Staccato l'ovaio a metà altezza del legamento largo, passo un doppio laccio di cui il capo esterno lega il parovario e l'interno, la metà interna e superiore del legamento largo, incrocio i fili e riannodo costituendo un solo peduncolo, sopra questo con il Paquelin recido l'ovaio con la sua tromba già staccata dal corno uterino. A sinistra come ho detto, l' ovaio ha aderenze meno estese ma pur salde, tanto che per staccarlo dal legamento largo ho dovuto mettermi a sinistra della donna. Uguale legatura e recisione della tromba al suo estremo interno. I follicoli idropici si rompono negli sforzi per staccare l'ovaio e danno uscita a sierofibrina gelatinosa. Passo un doppio filo a metà del legamento largo, sotto l' ovaio che non mi riesce di staccare tutto, e con due nodi uno diretto all' interno ed in alto, l'altro all'esterno in basso, ho legato in due fasci prima e in unico peduncolo poi per incrociamento dei lacci tutta la metà inferiore del legamento largo. Escisione della parete soprastante col Paquelin. — Nettamento accurato del fondo pelvico. Reintroduzione delle intestina, sempre involte in garze caldissime. Tenendo il fondo dell'utero all'estremo inferiore della ferita, comincio la sutura, dell'angolo superiore del peritoneo parietale a sopraggitto ed arrivato a 3 cm. sopra il pube, comprendo con il filo, dietro il peritoneo il fondo e un cm. di faccia anteriore superiore del corpo dell'utero lungo la linea mediana. In questo periodo di sutura avendo dovuto togliere le pinze Muzeux, l'utero è sostenuto con la sonda. Successive suture continue muscolari, sottocutanea e cutanea. Solita medicatura secca di garza iodoformica — lavanda vaginale. — Svegliata è messa in letto con vescica di ghiaccio sul ventre.

L'operazione molto indaginosa è durata circa due ore. Il decorso postoperativo fu molto regolare. Dopo sette ore 38.5. Media delle temperature successive 37.5. Vomito nei primi tre giorni. Deiezione alvina al sesto giorno. All' ottavo giorno si tolsero i punti e si trovò riunione di prima intenzione. Al diciottesimo giorno lasciò il letto. Il 29 aprile venne a farsi esaminare al mio ambulatorio, lodandosi di perfetto benessere locale e generale, in qualunque posizione si tenga e con qua-

lunque mezzo di locomozione. Ventre piatto. Linea alba resistente come grosso e duro cordone. Utero anteverso con il fondo alla parete anteriore, due dita sopra il pube ed il collo mobilissimo a metà dello scavo. L'esame combinato, con compressione del corpo dell'utero riusciva indolente. I fornici laterale e posteriore erano vuoti. — Perdeva ancora un po' di siero purulento dalla cavità uterina.

In questi limiti credo si dovrebbero tenere sempre le indicazioni delle due singole operazioni.

Il raccorciamento esterno dei legamenti rotondi serbato ai casi di utero sicuramente mobile e libero anche da mediocre aderenze, quando è facile riporlo in sito o con la sonda o con l'esame combinato; quando, riposto, l'esame rettale esclude aderenze anche lasse e stiramenti da parte del retto; quando nessuna malattia degli annessi possa essere sospettata. In caso contrario l'apertura del ventre diviene necessaria, perchè si estende il campo dell'azione chirurgica oltre i limiti dell'utero, mentre a questo in linea secondaria si dà una posizione che si crede o vicina alla normale o meno nociva della preesistente.

Di questo parere sono il Mundé ed il Polk, la Brown, il Piquet, il Beurnier ed il Pozzi, i quali in ogni loro comunicazione hanno distinto i casi da operare con il metodo Alexander e quelli da operare con l'altro di Olshausen.

IV.

Altro trattamento intraperitoneale che mostra meglio l'abilità degli operatori che non la utilità di averlo escogitato, è il metodo del Ruggi, comunicato al Congresso chirurg. Italiano tenuto in Genova l'aprile 1887, e pubblicato più estesamente in due altre memorie nel 1888, al quale deve essere molto simile quello che il Bode dà per suo nel N. 3 del *Centr. f. Gyn*, 1889.

Consiste nell'accorciamento intraddominale dei legamenti rotondi, eseguito passando con un filo prima l'estremo del legamento al suo penetrare nell'orifizio interno del tragitto, poi l'altro estremo al corno dell'utero. Avvicinati questi due punti lontani di un legamento, questo resta piegato ad ansa, e sui due capi che lo costituiscono con lo stesso filo è passata una sutura doppia a pellicciaio, in modo che tutti i punti delle due metà di legamento affacciate fra loro restino bene avvicinate.

Questa manovra egli generalmente esegue prima a sinistra, poi a destra. I 15 casi del Ruggi riferiti sono altrettanti successi (1). È vero che in 12 su 15 dovette togliere o uno o ambo gli annessi, e quindi il peso esercitato dall' utero sui legamenti rotondi ripiegati era alquanto diminuito. Però, tolta l' abilità del Ruggi, non dev' essere così facile quell'accorciamento di ambo i legamenti come una semplice sutura dell'utero alle pareti addominali.

Nei casi poi di utero mobile senza malattia degli annessi, non vedo proprio perchè preferisca questa operazione a quella di Alexander, nella quale i punti di fissazione del legamento rotondo sono ancora più estesi. Infine con l' accorciamento interno del legamento rotondo non credo si riesca a portare il fondo dell' utero così bene a contatto delle pareti addominali da impedire che le intestina ci si fermino sopra o si frammettano tra la faccia anteriore del fondo e la parete addominale anteriore.

A questi metodi di trattamento intraperitoneale della retroflessione sono da altri state fatte aggiunte che evidentemente lo peggiorano; perchè con il timido intendimento di evitare pericoli, suggeriscono mezzi che in fondo non guarentiscono sicuramente di schivarli.

Il Klotz, per esempio, dopo avere cucito all' angolo inferiore della ferita il peduncolo di un annesso esportato, affonda all'angolo inferiore della ferita addominale fino nella piega di Douglas un tubo a drenaggio della spessezza di cm. 1 1[2: 1.° per impedire accumulo di sangue; 2.° per dare un costante appoggio all' utero perchè non si rovesci indietro; 3.° perchè intorno al tubo si sostituisca uno strato connettivale che ispessisca la parete posteriore dell'utero e gli offra un altro punto fisso perchè non si rovesci più indietro.

Egli ha operato così 17 casi con buon successo e dice il perchè. Nel 1883, quindi prima di Olshausen, egli avea provata la sutura diretta dell'utero, ma con insuccesso; e crede, giustamente, in alcuni casi o per eccessiva convessità della parete anteriore dell' addome o per poca inclinazione anteriore del bacino. Del resto nelle sue operate non ha mai visto seguire adesioni intestinali; anzi il fondo dell'utero per il drenaggio è tenuto lontano dal sacro, gli essudati, provocati dal drenaggio, ispessi-

---

(1) G. Ruggi. « Sulla cura endoaddominale di alcuni spostamenti uterini. » Bologna, 1888.

scono l'angolo di flessione e questi stessi prodotti retraendosi nella piega Douglas, tornano indietro e rialzano il collo (1). Finisce col dire che deve aspettare che migliori risultati di altri operatori a ferita addominale chiusa, lo inducano a lasciare il suo trattamento a ferita addominale aperta.

Stando alle parole dell'autore, egli è stato fortunatissimo; ma all'epoca in cui scriveva (febbraio 1888) mi parve vi fosse già tanta messe di fatti felici, da doverlo non indurlo ma obbligare a tralasciare un procedimento per lo meno molto arrischiato.

Altri ha inteso di eseguire la isteropessia anteriore senza aprire il peritoneo. Il dott. Crespi nel febbraio ultimo scorso (2) comunicava alla nostra « Società Lancisiana » il suo processo. Con questo egli intendeva: 1.° incidere la parete addominale fino al foglietto peritoneale che lascia intatto; 2.° raddrizzare l'utero e portarlo in contatto del foglietto peritoneale, dietro al quale lo cuce dopo essersi assicurato di non comprendere fra i punti nè le intestina, nè il fondo vescicale.

Un uguale processo propose il Caneva nel 1882 *(Doran Handbook of Gyn.*, 1887).

Il Crespi ha narrato parecchi casi felicemente riusciti, ma il suo esempio non è tale da incoraggiarci a seguirlo.

Altri che ha voluto provare (Sänger) si accorse che correva il pericolo di infilare le intestine, per quanto volesse schivarle e dovette finire per aprire il peritoneo.

I casi di Assaky e Roux sono eloquenti prove del temuto pericolo.

Un altro processo di suturare il fondo dell'utero alle pareti addominali senza laparotomia ancor più timido e meno prudente è quello del Candela proposto e detto: *Hysterogastrorrhaphia vaginale.* Consiste in

1.° *Preparazione.* Dilatazione sufficiente del canale cervico-uterino. Antisepsi rigorosa; una placca d'avorio e un ago protetto in una canula. Assicurarsi con sonda uterina di potere portare l'utero in contatto immediato con la superficie interna della parete addominale anteriore inferiore. Posizione sacro-dorsale o genucubitale della paziente secondo i casi.

---

(1) *Centralbl. f. Gynäk.*, 1888, N. 5.

(2) *Riforma medica*, 1890, anno VI, N. 32.

2.° *Operazione.* Sonda in vescica. Portata dell' utero in contatto della parete addominale anteriore. Introduzione dell'ago canula nell'utero e diretto verso un corno. La mano sinistra preme la parete addominale contro l'ago. Fuoruscita di questo dalla parete addominale e infilamento di un cordoncino di seta nella cruna dell'ago. Retrazione di questo fino a portare il capo interno del cordoncino alla vulva. Uguale manovra al corno opposto. Annodamento dei due fili alla vulva e trazione di uno di questi per far passare l'altro a fare l'ansa interna e uscire con un capo da uno dei punti. Trazione dei due capi dell'unico filo sopra il pube, intanto che l'operatore si assicura che nulla intercede fra fondo dell'utero e parete addominale.

Annodamento dei fili sopra la placca d'avorio.

3.° *Cure consecutive.* Per favorire l'infiammazione adesiva versare nell'orificio fatto dai fili gocce di iodo. Fasciatura a corpo. Irrigazione antisettica dell'utero. Garza iodoformica in vagina per mantenere l'utero nella sua nuova posizione. Calmare i dolori — quarto giorno esaminare il punto — all'8°-10° giorno togliere il filo (*Nouvelles Archives d'Obst. et de Gyn.*, VI, 1889). Il processo pecca per la sua timidezza. Mentre teme di aprire il ventre, fa passare in contatto di due superficie sierose due capi di filo che hanno toccata la superficie interna dell' utero e della vagina; superficie le quali a rigore non si può mai affermare di avere assolutamente rese asettiche. Di più ha il difetto dei processi di Caneva, di Crespi e di Schücking, nei quali resta il dubbio che qualche ansa intestinale, in talun caso possa interporsi fra utero e parete addominale e possa essere dal filo trapassata. Anzi sugli altri due il Crespi ha il vantaggio di potere meglio assicurarsi da questo pericolo, perchè le sue dita possono arrivare fino alla superficie esterna del peritoneo e dietro la quale per trasparenza si può quasi vedere la superficie dell'utero se nuda o coperta da altri visceri.

Roma, 14 maggio 1890.

MATERNITÀ MUNICIPALE DI TRASTEVERE IN ROMA

DUE OPERAZIONI CESAREE CONSERVATRICI

PER IL

Dott. GIOVANNI PICCININI

Caso I. — *Pelvi rachitica piatta.*

Ginenza Cioffi, d'anni 19, primipara, fu ricoverata alla Maternità il giorno 11 novembre 1889. All'età di 10 mesi, in seguito a caduta, fu obbligata a letto per oltre un anno, e il suo sviluppo ne fu ritardato in modo che cominciò a camminare all'età di 4 anni. In seguito la sua salute fu buona. Ha genitori vivi e fratelli sani, ma di bassa statura.

Ecco le sue misure più importanti:

Altezza del corpo . . .	metri	1.30
Circonferenza pelvica . .	»	0.80
» addominale	»	0.92
Diametro spine	»	0.25
» creste	»	0.26
» trocanteri . . .	»	0.29
Coniugata esterna . . .	»	0.16
» diagonale . .	»	0. 8.2

Cresta iliaca destra più sollevata della sinistra di 1 centim. Femori arcuati in avanti ed all'esterno; tibie deviate in dentro nella metà superiore con nodi ossei alle creste: genu valgo di primo grado bilaterale.

La gravidanza è vicina al termine, e il 3 dicembre alle 10 pom. entra in parto: alle 4 ant. del 4 si rompono le acque. La presentazione è cefalica con testa libera all'ingresso: i battiti si odono sull'ombelico.

Alle 8 antim. procedei all' operazione: taglio delle pareti addominali da 4 centim. sul pube a 3 centim. sopra l'ombelico. Apertura dell'utero in sede: estrazione facile del feto e della placenta, portando contemporaneamente fuori l' utero, ed applicando un laccio elastico. Toletta della cavità uterina e del peritoneo. Sutura profonda dell'utero a punti staccati, e sutura continua del peritoneo uterino. Sutura separata del peritoneo parietale e della parete addominale.

Feto vivo e che vive tuttora.

Fino al giorno 10 la temperatura oscillò fra 37. 5 e 38. 6, mantenendosi sempre normale il respiro, e le pulsazioni intorno a 100. Lieve meteorismo e lievi dolori nella regione ipogastrica: mai vomito: lochi normali.

Il giorno 11 cominciò a lagnarsi di dolori colici e di molta sete, e la febbre salì a 39. 4. Il 12 tolsi i punti e trovai la ferita intieramente cicatrizzata. Ma i sintomi colici crebbero, e comparve il dolore sulle fosse iliache. Si manifestò una profusa diarrea, ribelle ad ogni rimedio, e l' inferma estenuata morì nelle ore pom. del 15 dicembre.

Ecco il risultato dell'autopsia che eseguii insieme al dott. Sante Marino assistente all'Istituto d' Igiene di Roma.

« Ferita dell'addome perfettamente cicatrizzata: l'utero all'altezza « quasi dell'ombelico è portato a dritta e con la sua faccia anteriore « aderisce leggermente alla parete addominale: l'aderenza è fatta da « un essudato fibrino-purulento, che ha limiti in avanti nettissimi attorno « alla ferita uterina, mentre in basso si estende lateralmente sulle fosse « iliache: fiocchi fibrino-purulenti sono adesi sul colon sinistro, che è « fortemente meteorico e iperemico.

« L'utero ha tutti i punti di sutura in posto, che però non hanno « determinato un' adesione continua; nonostante la sua mucosa sulla « linea di taglio è bene accollata, essendo esso sufficiente a contenere « acqua.

« L'interno dell'utero contiene poco muco sanguigno di aspetto « normale: dai seni uterini fortemente premuti esce solo un po' di « sangue. »

Dunque non flebite, non ritenzione e alterazione di secreti, non endometrite infettiva. L' infezione ebbe punto di partenza dalla parete anteriore dell'utero e precisamente dalla linea di sutura, dove più a lungo si lavorò, e dove maggiori e più prolungati furono i contatti. Se l' utero fosse adeso in corrispondenza della ferita addominale, probabilmente si avrebbe avuto un esito della suppurazione all'esterno; ma la sua obliquità a dritta si oppose a questo, ed avemmo diffusione nella cavità pelvica, che determinò *peritonite pelvica* e *peritonite*.

Per le scrupolose cautele antisettiche che aveva adoperato, io non mi aspettava questo esito, ma come un successo non mi avrebbe inor-

goglito, un insuccesso non mi scoraggiò, ed attesi un'altra occasione. Io ne fui specialmente dispiacente, perchè, mentre sono convinto che la operazione cesarea deve definitivamente sostituirsi alla craniotomia a feto vivo, comprendo che ogni caso fatale scredita l' operazione e le ritarda di prendere il posto a cui ha diritto.

Caso II. — *Pelvi rachitica generalmente ristretta.*

Brancaleoni Rosa, d'anni 24, primipara, fu inviata alla Maternità dall'Ospedale di S. Giacomo la mattina del 10 giugno 1890.

Donna di costituzione gracilissima; abito di corpo marcatamente rachitico: racconta di avere avuto, nella prima età, rotto per 3 volte il femore destro, e che per questo è stata in letto quasi tre anni. Ha cominciato a camminare a 6 anni, ed è stata sempre di salute cagionevole.

Ecco le sue misure:

Altezza del corpo . . .	metro	1.40
Circonferenza pelvica . .	»	0.76
» addominale	»	0.90
Diametro spine	»	0.23
» creste . . .	»	0.25
» trocanteri . .	»	0.28
Coniugata esterna . . .	»	0.16
» diagonale . .	»	0. 8. 6.

Alle ore 2 pom. cominciano i dolori del parto: i battiti si odono nel quadrante inferiore sinistro, la testa è libera sull'ingresso: il collo è dilatato di 3 centim., le membrane sono integre.

Nella stessa sera procedo all'operazione assistito dai dott. Bompiani, Marino e Ferraresi: erano presenti i dott. Nuvoli e Magini; cloroformizzava lo studente di sesto anno sig. Filipponi.

Apertura del ventre da due dita trasverse sul pube a due centim. sopra l'ombelico: sgusciamento dell'utero: nell'aprirlo s'incontra la placenta, si scolla e si estrae rapidamente insieme al feto. Applicazione del laccio elastico; toletta della cavità uterina mediante stropicciamento con garza al sublimato; sutura uterina, profonda e superficiale, continua, con seta bollita, toletta del peritoneo.

L'utero si contrae bene e si ripone nel ventre; lavanda intrauterina dalla via vaginale con soluzione caldissima di sublimato al mezzo per mille, e tamponamento della cavità con garza iodoformica. Sutura continua del peritoneo parietale e dell'addome con seta bollita.

Feto vivo, in ottime condizioni, del peso di gr. 2950.

Puerperio nei primi 3 giorni morboso per colite e stomatite da idrargirosi, poi perfettamente normale.

Al decimo giorno si tolgono i punti di sutura e si trova tutta la linea di ferita cicatrizzata. La donna si alza al quindicesimo giorno ed ora gode perfetta salute.

Attualmente (3 luglio) l'utero si mantiene adeso alla parete addominale, in marcata antiversione, e trovasi a 3 dita trasverse sopra il pube.

Osservazioni. — Da 2 o 3 anni vi è stato un risveglio generale in favore della operazione cesarea conservatrice. Dopo che Sänger e Leopold hanno provato coi loro successi che la operazione cesarea, quale fu da essi perfezionata, non può più destare i timori di una volta, ed hanno affermato che deve essere un'operazione di scelta di fronte alla craniotomia, quest'affermazione è stata ripetuta come un'eco in tutte le scuole ostetriche d'Europa e d'America.

Determan espose i risultati della clinica di Berlino per sostenere la stessa tesi; Merkel e Tohrn per lo stesso obbiettivo riassumono i successi delle cliniche di Lipsia e di Halle; Busy alla Società Ostetrica di Washington nega all'ostetrico il diritto di uccidere il feto; Galabin e Horrocks, alla Società Ostetrica di Londra, il paese dove la craniotomia ha ancora autorevoli fautori, sostengono che deve farsi il taglio cesareo tutte le volte che l'utero non ha patito i danni di un prolungato travaglio e di inconsulti tentativi per la liberazione. E le prove fatte un po' dappertutto sono state così favorevoli, da incoraggiare i più restii.

Alcuni autorevoli operatori in seguito ai brillanti risultati della operazione cesarea conservatrice vorrebbero addirittura sostituirla non solo alla craniotomia ma anche alla operazione Porro. Che la craniotomia a feto vivo debba essere per regola bandita dall'ostetricia, nessun uomo di senno potrà contrastarlo, e io penso che tutto quello che si può scrivere per l'abolizione di questa barbara operazione *non sarà mai tanto che basti.* È un grave torto uccidere un bambino sotto il pretesto che la sua vita compromette quella della madre, e nessuna legge morale o civile può autorizzare questo sacrificio, perchè nessuna legge può opporsi al precetto di *non uccidere;* molto più grave è il torto perchè l'estinzione di una vita non ci assicura dell'altra. Ma quanto al volere limitare l'operazione di Porro a casi eccezionali, è un altro affare. Io

non divido le vedute dei seguaci di Porro, ma non divido nemmeno quelle dei partigiani del metodo conservatore. Finora si è discusso e si discute, se sia da preferirsi l'uno o l'altro metodo, e da una parte e dall'altra si sono citate le statistiche, che sono proprio quelle che hanno il minor valore, quando rappresentano, come nel caso, i risultati di diverse epoche e di diversi operatori. Razionalmente, all'epoca attuale, l'uno e l'altro metodo deve dare buoni risultati; anzi per la maggiore semplicità e per i minori urti che subisce il peritoneo, l'operazione di Porro espone a meno pericoli: e questo bisogna anche tenere in mente in casi, in cui di pochi mezzi si dispone, come nelle campagne, ecc.

Secondo il mio debole parere, data una pelvi ristretta, in cui, in una successiva gravidanza, si può sperare col parto prematuro di avere un feto vivo, sarà doveroso eseguire la operazione cesarea conservatrice; ma quando le condizioni della pelvi sono tali, che, sia per antecedente esperienza, sia per il grado assoluto di ristrettezza, non si può sperare di ottenere feti vivi, io credo sia un'opera pietosa l'amputazione dell'utero. La castrazione o la legatura delle trombe aggiunte alla operazione cesarea conservatrice complicano l'atto operatorio, espongono a maggiori pericoli postumi, e finora non possono certo generalizzarsi. D'altronde la sterilità, determinata in certe donne, le sottrarrà ad ulteriori pericoli, che noi dobbiamo possibilmente evitare, e può essere anche utile sotto un punto di vista antropologico, perchè la sterilità degli individui, fisicamente deteriorati, è un vantaggio per la società.

Le indicazioni dell'uno e dell'altro metodo, così intese, porteranno sollecitamente all'abolizione della craniotomia a feto vivo.

I primi 15 mesi del Comparto Ostetrico-Ginecologico

dell'Ospedale Maggiore di Milano

DIRETTO DAL PROF. **LUIGI MANGIAGALLI**

Ottobre 1888 - Dicembre 1889

RENDICONTO CLINICO

DEL DOTTOR CARLO DECIO, MEDICO ASSISTENTE

(Continuazione, vedi pag. 457).

B. Malattie delle ovaie, delle tube, del peritoneo e del cellulare pelvico (1).

La genesi molteplice di tali malattie, la loro frequente associazione, la ricca nomenclatura adottata per la loro distinzione rende difficile e intricato il compito di chi volesse stabilire una classificazione rigorosa.

Quando si potè dimostrare o presumere che il punto di partenza dell' affezione fosse la salpingite, esistesse questa isolata o avesse destato attorno a sè un processo di peritonite più o meno diffuso, vennero compendiati tali casi colla indicazione diagnostica *ovaro-salpingite.* Quando il nesso fra processo di peritonite pelvica, poco o molto esteso, ed una contemporanea o preesistente affezione della tuba non era evidente o prevalevano i dati della forma essudativa peritoneale vennero raggruppati tali casi nella rubrica perimetrite o peritonite pelvica. I casi di ematocele vennero raggruppati a parte. Quando infine il cellulare periuterino era colpito a preferenza, s' indicarono tali casi colla designazione: parametrite.

---

(1) Visto i tumori ovarici in cui l'ovariotomia non venne accettata od era controindicata (N. 10) e quelli in cui si addivenne ad essa (18), rimarrebbero quattro casi a completare il totale numero di 32 da me enunciati, casi i quali figureranno raccolti in una tabella nella appendice *affezioni del peritoneo,* pel fatto che la avanzata degenerazione della sierosa non permetteva di stabilire l' esatto punto di partenza della affezione.

Devo aggiungere che in questo capitolo verranno soltanto considerate *quelle forme extrapuerperali, o che, pure essendo state consecutive a puerperio, ci giunsero allorchè il parto datava già da molto tempo, od erano scomparsi i fenomeni acuti della infezione primitiva.*

a) *Ovaro-salpingiti.*

Ne osservammo 23 casi. Riguardo all' età delle pazienti, essi ci si presentarono così suddivisi:

Dai 15-20	20-30	30-40	40-50
1	12	8	2

concordando la nostra piccola serie con quella di altri autori, ad esempio del Martin. Riguardo alle precedenti gravidanze, ecco il risultato delle nostre osservazioni:

Maritate	che partorirono	N. 16
	nullipare	» 2
Nubili	che partorirono	» 4
	nullipare	» 1
	Totale	N. 23.

In quelle che partorirono ci fu dato di riscontrare per ben sei volte il precedente di un aborto, ed in due casi la gravidanza si era interrotta col parto prematuro, e quasi sempre ci potemmo accertare, in base ai dati anamnestici, della insorgenza di stati patologici dell' apparato genitale consecutivi al parto.

L'ovaro-salpingite fu manifestamente tubercolare in 2 casi: in uno essendo più salienti i fenomeni polmonari la malata fu inviata in un comparto medico. Rammentiamo altresì che raccolta purulenta tubarica venne trovata accompagnarsi a fibroma (v. Osserv. 4: *Castrazioni*). In due casi soltanto potè essere dimostrata l'origine neisseriana.

La affezione fu trovata cinque volte bilaterale, otto volte a destra e dieci a sinistra. Dato così un rapido sguardo generale all'insieme delle osservazioni, ora esporrò quelle poche che mi sembrano meritevoli di

un dettagliato ragguaglio, specialmente dal punto di vista della cura adottata.

Osserv. I. — *Salpingo-ovarite destra suppurata. Laparotomia. Guarig.* — F... Francesca, d'anni 36, casal., vedova, entra in comparto il 7. 3. 89. Nella storia sessuale non si trova alcun che meritevole di essere ricordato, è Vpara, l'ultimo parto data da 9 anni. Accenna a disturbi inerenti alla mestruazione, i quali daterebbero da un anno circa e caratterizzati da perdite sanguigne atipiche. Contemporaneamente avvertì tumefarsi l' addome, la cui palpazione fa rilevare quanto segue: Ai quadranti inferiori si palpano due tumescenze piuttosto consistenti, lisce, l'una più verso sinistra, del volume di un uovo d'oca, poco mobile, appena al disopra della branca orizzontale del pube di sinistra, che va a continuarsi colla seconda che si approfonda nella pelvi e sorpassa di 4 dita il margine pubico sulla linea mediana, spingendosi ad occupare in parte il quadrante inferiore destro. La ammalata viene esaminata nella narcosi cloroformica, e l' esame rileva come la piccola tumescenza di sinistra rappresenti l'utero stesso, mentre la grossa mediana e laterale destra, che si spinge entro lo scavo, è sommamente fluttuante e si spinge a contatto del margine uterino destro. Detta tumescenza è piuttosto oblunga, ovoidea, liscia, immobile. Si fa diagnosi di probabilità di raccolta tubaria e si affida alla laparotomia la diagnosi e la cura. Nella notte precedente all'operazione è colpita da un intenso brivido seguito da un'elevazione termica di 40. 1. Ciò appoggia il concetto diagnostico, ed il giorno 13 si procede all'atto operativo.

Aperte le pareti addominali sulla linea mediana, si constata una tumescenza elastica fluttuante della grandezza di una testa di adulto, solcata da una rete venosa straordinariamente sviluppata, ed alla cui parte superiore spicca un tratto di tuba disteso, serpeggiante, della grossezza di un pollice che si perde nella tumescenza stessa senza che sia possibile rilevare nè il padiglione della tuba nè ritrovare l'ovaio di quel lato. Pare sviluppata fra i due foglietti del legamento largo di destra sdoppiati, e su questo disteso a guisa di vôlta, scorrono anche schiacciati come nastri e intimamente adesi il legamento utero-ovarico ed il legamento rotondo. Lo spazio del Douglas è in parte chiuso per le aderenze di detta tumescenza col peritoneo posteriore. Sopra il punto più sprovvisto di vasi si impianta un ago-cannula in comunicazione coll' aspiratore Potain, e si estraggono circa 250 c. c. di pus. Estratta poscia la cannula (di circa 3 mill. di diametro) si ha emorragia a getto da parecchi punti, frenata provvisoriamente dall'applicazione di pinze, e permanentemente mediante trasfissione con grossi fili di seta. La sacca risultante si porta a contatto col peritoneo parietale in corrispondenza dei 2[3 inf. della incisione addominale, e quivi fissata con

punti di sutura, collocando entro di essa un tubo da drenaggio. Si chiude il restante della breccia addominale con sutura a punti staccati (seta), si copre il tutto di garza iodof. e si applica la fasciatura.

Nel primo giorno si ebbe un rialzo di 38° 5, che svanì, lasciando apiretica la donna nelle giornate successive. Se non che il giorno 18 insorsero novellamente dei rialzi febbrili, collegati indubbiamente a fenomeni bronchiali piuttosto considerevoli. Il giorno 21 si toglie la medicazione; il coalito è perfetto e al posto ove la sacca fu cucita alle pareti addominali residua un infundibolo della profondità di 4 cm. circa. Lentamente, ma sempre apiretica, essa s' avviò a guarigione e fu dimessa dall'Ospedale il 7 maggio. In allora l' utero era di volume quasi normale, in antiflessione fisiologica e spostato in totalità a sinistra mobilissimo. Pure mobile con esso una tumescenza indolente applicata al suo margine destro un po' posteriormente col suo grande asse disposto obliquamente dall' alto al basso, da destra a sinistra, del diametro di circa 3 cm. rappresentante la borsa vuotata e raggrinzata.

Nel mese di giugno essa fece ritorno all' Ospedale poichè le era residuato un seno fistoloso gemente pus in corrispondenza dell'infundibulo che si era chiuso. Si mise in pratica la dilatazione colla laminaria. Fu inciso l' orificio esterno del tragitto fistoloso il quale sembrava in comunicazione con una tumescenza residua corrispondente agli annessi di sinistra, della grandezza di un uovo, piuttosto duro. Tale tumescenza fu di assai ridotta mercè 5 applicazioni di corrente elettrica galvanica (metodo Apostoli). La fistola si chiuse. La paziente si trova ora in ottime condizioni. Riveduta nel giugno del corrente anno la guarigione si dimostra stabile.

Osserv. II. — *Piosalpinge destro. Piccola cisti dermoide. Notevoli aderenze. Contenuto della tuba virulento. Salpingectomia. Morte.* — Ra... Emilia, di 34 anni, sarta, mar., entra il 19. 9. 89. Nulla di rimarchevole nel gentilizio. Irregolarità mestruali nella giovinezza. Una gravidanza, parto e puerperio fisiologici quattro anni or sono. Da tempo ha vaghi ed indistinti disturbi all' addome per una tumescenza al quadr. inf. destro, la quale è globosa, grossa come una testa fetale di consistenza duro-elastica, che gode di limitatissima mobilità, e che sembra far corpo coll'utero, e si impegna nello scavo. Il giorno 18 ottobre si procedette alla operazione. Si constatò una dilatazione tubaria della grandezza di una piccola testa fetale a contenuto purulento, che venne evacuato mediante l'aspiratore di Potain, e accanto ad essa una piccola tumescenza a consistenza molto ineguale, aderente ad essa, ed entrambe aderenti alla profondità della pelvi. Nel dilacerare le aderenze, detta tumescenza si rompe e si lacera pure la sacca tubaria già evacuata in gran parte col Potain, e una parte del contenuto dell'una e dell'altra sacca si versa nel cavo peritoneale. La seconda tumescenza accennata si rileva essere

costituita da una piccola cisti dermoide che conteneva un dente ed una grossa ciocca di capelli (l'esame batterioscopico del liquido tubario raccolto durante l'operazione, rivelò poi la presenza dello streptococco piogeno). Il distacco delle aderenze riuscì molto laborioso: fascicolato il peduncolo piuttosto grosso venne affondato all'angolo inferiore della ferita; sutura addominale, venne assicurato un ampio drenaggio. Le temperature non sorpassarono i 37. 2. Polsi frequenti, piccoli, sfuggevoli. Dal drenaggio fuoresce liquido d'odore fecale. Vomito. Singhiozzo. Perfrigerazione. Morte.

Osserv. III. — *Ovarosalpingite destra suppurata.* — L'ammalata, d'anni 40, casal., mar., entrò il 12. 11. 89. Mestruò a 11 anni, sempre con dolori al lato destro; è nullipara. Da luglio ha dolori al quadr. inf. destro, disuria, stipsi. Il quadr. inf. destro è occupato da una massa dura, fissa, dolente, che s' insinua nello scavo, e che al riscontro vaginale appiana il fornice destro e si porta verso lo spazio del Douglas, riempiendo lo scavo da quel lato. Essa è elastica, oscuramente fluttuante, e spinge l'utero a sinistra e posteriormente.

Il giorno 18 novembre si pratica la puntura vaginale coll'aspiratore Potain, che dà esito ad un liquame siero-purulento; nei giorni successivi piressia nelle ore serotine; l' ammalata vuole uscire anzichè sottoporsi ad atto operativo.

Osservaz. IV. — *Ovaro-salpingite bilaterale tubercolare.* — 5 ottobre 1888. Anni 25, nubile, prostituta. Non ricorda l'epoca della prima mestruazione. Ebbe un parto a 7 mesi 3 anni fa. All'età di 15 anni abortì al 4.º mese, nè allora nè dopo ebbe conseguenze. Dolori al basso ventre ed emorragie insorsero in agosto e venne all'Ospedale, ove si riscontrò un essudato retro-uterino. Fu curata con sanguisughe, coppette, vescicatori: ma ad onta di ciò l'essudato progredì, insorse diarrea, febbre fino ai 40, vomito, meteorismo intestinale. Le si propose l'intervento operatorio, ma essa volle uscire per quanto energicamente sconsigliata, essendo oltremodo estenuata.

Esce infatti il 16 settembre per ritornare il 5 ottobre in condizioni miserrime, e che controindicano in modo assoluto ogni operazione, lingua sordida, secca, alvo diarroico, ventre tumido. La palpazione dell'ipogastrio rileva una tumescenza che si eleva a 4 dita dal bellico, resistente. Collo uterino ingrossato, edematoso. I scarsi moti impressi all'utero sono oscuramenti trasmessi alla tumescenza notata, che sembra addossata all'utero stesso. La palpazione del quad. inf. sin. rileva una tumescenza ovoidea' del volume di una noce mobile, dura, indolente, che non si può però abbassare e metterla alla portata del dito che scorre nel fornice corrispondente. I fornici assai depressi. Note gastriche, negativo l'esame del petto.

Nei primi dì consecutivi all'ingresso si notano risalti febbrili alla sera fino a 40. 5. Vomito, diarrea profusa, la febbre è talora preceduta da brividi. La cura è sintomatica con pochi risultati, poichè la paziente va deperendo visibilmente. Alle pillole d'oppio, alla antipirina si fa seguire l' amministrazione di pillole di sublimato, ma non tollera tale rimedio. Alla diarrea profusa si tenta poi riparo col salicilato di bismuto, cogli oppiati, coi mucillaginosi, ma con scarsi risultati. Le condizioni dell'utero stazionarie. Dispepsia notevole. Insorgono fenomeni di edema polmonare, il vomito si fa continuo ed accompagnato da dolori di ventre. Entra in uno stato di lenta agonia, e finalmente muore il 6 gennaio.

Necroscopia. — Deperimento estremo. Edema cerebrale. Edema polmonare alle basi. Fegato in degenerazione adiposa, che presentano altresì i reni ed il cuore. Caseosi diffusa delle ghiandole mesenteriche. Gli organi contenuti nel piccolo bacino, saldati, fusi assieme da un essudato fibrinoso purulento per cui riesce difficilissimo l'isolare i diversi organi pelvici.

L'utero è avvolto da vasta atmosfera essudativa, le tube ingrossate, serpiginose contengono marcia e sostanza caseosa. Entrambe le ovaie sono trasformate in sacche a contenuto puriforme e caseoso. L' esame batteriologico vi scopre i bacilli della tubercolosi.

Osservaz. V. — *Ovaro-salpingite sinistra. Trattamento elettrico.* — Go.... Clementina, d'anni 34, contadina, maritata. Entra in comparto il giorno 27 agosto. Mestrui a 14 anni, regolari sempre. 10 parti, 9 a termine naturali, puerperi fisiologici, ultimo parto in maggio.

Subito dopo il parto insorse febbre e dolori vivissimi a sinistra, i quali non sono ancora scomparsi e si esacerbano alla palpazione.

Utero di volume normale, in lieve retrolatero versione destra. Accollata al suo margine anterolaterale sinistro vi è una tumescenza mobile del volume di un grosso arancio, elastica, poco dolente. Cateterismo uterino 6 cm. Si fecero 5 applicaz. della corrente elettrica non sorpassando i 100 milliampères; non ebbe mai perdite nei dì successivi alle sedute. Il tumore si ridusse alla grossezza di una noce. Partì il 30. 9. 89.

In un altro caso di ovaro salpingite sinistra fu applicata la elettro-ago-puntura negativa per la via vaginale, infiggendo la lancia per un centimetro nella tumescenza. Trattavasi di donna di 32 anni. Re... Maria, nubile, cameriera, che entrò in comparto il 13. 10. 89, e che aveva avuto una gravidanza, il cui parto fu seguito da puerperio morboso, 10 anni prima. Lagnavasi di leucorrea esistente da 7 anni e di dolori multipli al bacino. Si mise in pratica dapprima una cura solvente. Due furono le applicazioni elettriche (40 milliampères) che parvero seguite da una

diminuzione della tumescenza, se non che le abbondanti perdite obbligarono ad un raschiamento preceduto dalla dilatazione alla Hegar e seguito da abbondante irrigazione endo-uterina di sublimato. Notevolmente migliorata usciva il 9. 2. 90.

Notevole d'essere ricordato è il caso (R... Carolina, 5 ottobre 1889), in cui dopo la cura solvente, che fu coronata da risultato buono, fu praticato nella narcosi cloroformica il distacco delle aderenze residuanti, che tenevano fisso l'ovaio ingrossato, mercè maneggi combinati addomino-vaginali.

b) *Perimetrite e suoi reliquati. — Pelviperitonite.*

Tale affezione trovammo in connessione colla endometrite e colla metrite, con traumatismi, o legata ad abuso del coito, e non mancò qualche caso in cui l'origine neisseriana fu evidente. Molte di queste forme, che ci si presentarono come reliquati, avevano indubbiamente una origine puerperale ed una volta la pelviperitonite parve alle dipendenze di una entero colite cronica.

Ma siccome in questo luogo non mi intrattengo della perimetrite settica, che verrà studiata nel paragrafo puerperio, così quivi la maggior parte dei casi ci si presentò sotto l'aspetto della sub acuzie, o della cronicità, quali a cagion d'esempio le aderenze fra peritoneo ed organi limitrofi, colle conseguenti retrazioni cicatriziali determinanti deformità e viziata direzione dell'utero e degli annessi con permanente inceppo nelle singole funzioni. Specialmente fu dato di osservare la retrazione inodulare dei legamenti utero-sacrali, che in ragione della loro ricchezza nell'elemento fibro-muscolare, raccorciato dal processo cicatriziale perimetrico, rimangono come cordoni tesi e nettamente distinguibili dagli organi vicini, come pure i fenomeni dovuti alla triste influenza che la perimetrite esercita sulle ovaie e sulle tube, togliendo ad esse i rapporti fisiologici colla cavità uterina.

Solo 4 casi ci furono offerti da nullipare. 27 furono i casi di perimetrite, che ora fu osservata posteriormente, ora uni o bilaterale. Nella sintomatologia non trovai fenomeni degni di speciale ragguaglio, ma sibbene la consueta ricca e svariata sindrome di tale affezione, che facilmente si riverbera sugli organi vicini, ovaio, utero, retto, vescica.

Ciò detto credo superfluo il riferire anche succintamente i singoli

casi; piuttosto ecco alcune delle osservazioni che meritano un cenno particolareggiato, specialmente dal lato della cura adottata:

Postumi di perimetrite, endometrite, ablazione degli annessi, guarigione. — Lav. Adele, anni 30, operaia, nubile. Entra il 22 luglio 1889. Mestruò a 16 anni, scoli regolari, un parto strumentale 3 anni fa, puerperio afebbrile. Allattò per 3 mesi, indi insorsero dolori in basso, cosicchè nell'87 e nell'88 fu ricoverata per salpingite bilaterale in questo comparto. Stette poi bene. Nell' aprile 89 per dolori alle regioni ovariche passò nel comparto sifilitiche, d'onde fu trasportata per la terza volta in comparto ginecologico. Si lagna di bruciore nel mitto e di dolori alle regioni ovariche, esacerbantisi alla palpazione. Utero antiflesso e retroposto, mobile, lacerazione del collo a sinistra. Annessi d' ambo i lati dolenti, ingrossati. Nulla di speciale all' esame generale. Presenta ghiand. inguinali ingrossate, e macchie giallastre alla cute. In brevi parole la ammalata rimaneva in comparto fino al 26 giugno travagliata da continui dolori, che non cedettero ad ogni mezzo che venne messo in pratica. I dolori si esacerbarono nella comparsa mestruale in modo orribile; nè i narcotici, nè i calmanti, nè le rivulsioni, nè il raschiamento, nè le applicazioni di fomenti, nè lo ioduro ebbero su di essa alcuna azione favorevole. Solo la morfina per via ipodermica concedeva qualche breve ora di riposo durante le notti, ma ben presto anche la morfina divenne inefficace. Le condizioni dell' utero e degli annessi si mantenevano in uno stato di stazionarietà desolante, talchè la ammalata volle uscire, non volendo essa pel momento sottoporsi ad un atto operativo di cui le si era fatto cenno. Se non che addì 22 luglio essa ritornava alle nostre cure, lagnandosi che i dolori ormai non le lasciano più tregua. L'ovaio di destra è assai impicciolito, l' utero vincolato a sinistra da postumi di peri e parametrite. Il corpo uterino ingrossato di volume. Dopo di aver minorata la leucorrea purulenta mercè raschiamento ed iniezioni di tintura iodica, addì 10 agosto si procede alla ablazione degli annessi uterini. Le ovaie presentavano numerose aderenze peritoneali, specialmente la sinistra, la quale era siffattamente alterata, da essere irriconoscibile ed era altresì sede di piccolissime cisti. La laparotomia avvenne senza incidenti. Il decorso apiretico. Si lagna però di dolori ad entrambe le fosse iliache; in decima giornata si tolgono i punti. Il coalito è perfetto. Ha grave leucorrea, e concomitano dolori tali da far temere per il risultato finale dell' atto operativo. I dolori sono così vivi da richiedere la morfina. Tuttavia a principiare dal 1.° settembre le sofferenze vanno rapidamente scomparendo, e l'ammalata migliora eziandio nel generale, talchè il giorno 11 perfettamente cessato anche ogni minimo disturbo essa viene dimessa. — Fu riveduta nei mesi successivi all'ambulatorio in ottime condizioni, se non che nel gennaio corr. anno faceva

ritorno per dolori alla cintura pelvica, dolori non giustificati dal reperto vaginale. Essa presentava elevazioni termiche fino a toccare i 39.5 ogni sera, senza che ripetuti e diligenti esami dell' intiero organismo potessero diffondere luce in proposito. Non presentando essa nulla alla sfera genitale, fu passata in un comparto medico, ove le floride sue condizioni mal corrispondendo colle piressie serali, misero in sospetto il curante, e fu scoperto, che la malata eludendo la vigilanza della infermiera incaricata della termometria, ad arte elevava la colonna mercuriale soffregando contro le lenzuola il bulbo del termometro: dopo di che fu dimessa.

Colla indicazione di *pelvi-peritonite* trovai due osservazioni che meritano d'essere riferite:

Pelvi-peritonite. Apertura spontanea nel retto. Guarigione. — Anni 38, marit., casalinga, entra in comparto il 10 luglio 89. Mestruò a 17 anni, 2 parti, l'ultimo 14 anni fa, 2 aborti senza conseguenza, ultimo 11 anni fa. I mestrui regolari sempre, ma l'ultima volta con vivi dolori e febbri. Ciò il 26 giugno. Al momento dell' ingresso ha dolori a tutto il ventre, e l'addome è teso ai quad. inf., dolente. Si nota una tumescenza fino a 4 dita sovra il pube, elastica, liscia ed uniforme, dolente. Collo uterino portato in alto ed in avanti, fornice destro stirato in alto, il sinistro abbassato, per una tumescenza elastica; i moti che si imprimono al collo, che sono assai limitati, si trasmettono alla tumescenza ipogastrica. L'utero sembra elevatissimo in antilatero versione destra. L'esplorazione rettale fa avvertire una tumescenza dolente, elastica che si spinge in alto continuando colla massa ipogastrica. Note spiccate di oligoemia. Si applica una vescica di ghiaccio a permanenza. Fino al giorno 18 nulla di nuovo, solo si ha un 38.2 a vespro. È aumentata la convessità della parete vaginale post. La tumescenza avvertita colla esplorazione rettale si è affloscita e sembra presentare un pertugio. Il 19 si trova pus nel retto e nelle feci. È apiretica. Il 21 cessa lo scolo marcioso; cessati altresì i dolori di ventre. Il giorno 28 volle uscire benchè sconsigliata.

Peritonite pelvica. Laparotomia. Guarigione. — So... Luigia, d'anni 35, orlatrice, maritata, entra in comparto il 9 luglio 1889.

Nella storia sessuale si notano 4 parti a termine, naturali, seguiti da puerperii fisiologici, ed un aborto al secondo mese, addì 8 novembre del 1887, in seguito al quale essa fu a letto sembra per una parametrite. Guarì, ma residuarono dolori costanti; le mestruazioni si mantennero sempre regolari. Improvvisamente ai primi di luglio essa è colta da forti dolori all'addome accompagnati da febbre intensa e l' addome si rende tumido e dolente, elastico fino a un dito al di sopra del bellico. I dati della esplorazione digito-vaginale depongono per la diagnosi sue-

sposta. Le condizioni generali della donna sono assai deteriorate. Diarrea intensa. Persistendo la febbre, e non potendosi sperare un miglioramento dalla cura medica, il 26 luglio nella narcosi si pratica una incisione dell'addome sulla linea mediana della lunghezza di 6 centimetri circa. Appare il peritoneo ispessito di aspetto lardaceo; inciso pur esso, si penetra in una cavità la quale contiene poco liquido siero-purulento ed una grossa massa gialliccia gelatinosa somigliante ad una spugna nelle cui trabecole o maglie contenevasi del pus verdiccio, e che venne rimossa in toto. Fu posto un drenaggio. Medicazione.

Merita di essere notato il fatto che dopo l'operazione la febbre non apparve più, mentre prima si avevano delle elevazioni termiche quotidiane considerevoli. Il giorno 28 si rimosse la medicazione e si praticò una irrigazione borica attraverso al drenaggio. Ai primi di agosto ogni secrezione era scomparsa, ed essa partiva ai 21 dello stesso mese. La donna fu ripetutamente veduta all' ambulatorio per nostro invito. Essa è in condizioni floridissime.

Rammenterò che la cura messa in pratica nel restante numero di malattie del peritoneo pelvico fu diversa secondo i casi. Così fu agli antiflogistici, al ghiaccio, alle sottrazioni sanguigne che si ricorse nei casi acuti, alle doccie calde, alle applicazioni caldo-umide (pezze a più doppi bagnate nell'acqua con sovrapostavi una tela impermeabile); ed a febbre scomparsa ed a sensibilità estinta, si dette mano alle cure solventi. In un caso si ebbe grandissimo giovamento dalla applicazione di numerosi vescicatori cui fece seguito la cura solvente iodica.

c) *Ematocele.*

Cinque furono le osservazioni che ci si presentarono. In esse le donne avevano sofferti disturbi mestruali; tutte avevano partorito, ed erano state colte da affezioni puerperali dell'utero e degli annessi.

In quanto al modo di insorgenza si rilevò la solita sindrome fenomenica del morbo, le cui cause sono legate a stati morbosi antecedenti, pei quali le donne già da lungo tempo soffrivano di varie molestie alla sfera genitale. In nessuna si trovò una sospensione mestruale, che potesse lasciare un dubbio di una eventuale interruzione di gravidanza tubarica. I dolori furono per lo più accusati vivissimi ed insorti improvvisamente, in un caso seguiti da ripetute lipotimie e da rapida tumefazione dell'addome. Assistemmo ad una peritonite reattiva in una delle cinque osservazioni, delle quali quattro vennero curate con metodo

aspettante, o per meglio dire non si credette opportuno addivenire ad un atto operativo, poichè i mezzi impiegati mostrarono che lo spandimento si andava mettendo sulla via del riassorbimento, colla perfetta assenza di sintomi inquietanti. Il tumore diminuì in tali casi assai, e si avrebbe potuto assistere forse alla totale sua scomparsa, se le pazienti, assai migliorate, non avessero voluto lasciare le sale.

In questi casi di cura aspettante il trattamento primo fu indirizzato alla indicazione di arrestare l'emorragia (Hydrastis, ghiaccio, riposo, oppio). Una volta soltanto si ricorse alla operazione, e ciò perchè il tumore restava stazionario, anzi mostrava tendenza a crescere per successive peritoniti reattive, la paziente deperiva visibilmente ed erano insorte notevoli elevazioni termiche. In tale contingenza dovendo la donna essere operata, il prof. Mangiagalli preferì la apertura per la via addominale. Ecco in breve l'osservazione:

Ematocele. Laparotomia. Guarigione. — V... Maria, d'anni 25, contadina, maritata, entra il giorno 8. 7. 89. Ebbe un aborto al quarto mese, indi un parto a termine naturale due anni or sono, puerperio morboso che la obbligò a letto per tre mesi. Indi venne in iscena un altro aborto il 30 giugno, seguito da vivi dolori al basso ventre e da perdita che continua tuttora compagna a febbre. I quadranti inf. dell'addome sono occupati da una tumescenza elastica dolente, che arriva ad un dito sotto la cicatrice ombellicale, e che nel quadr. di sinistra discende obliquamente verso la fossa iliaca. All'esame combinato digito-vaginale l'utero appare spinto in avanti ed in lateroflessione destra. Il fornice posteriore abbassato e disteso, tesi quelli laterali; al di dietro ed al disopra dell'utero una tumescenza che appare in continuità colla suddescritta avvertita colla palpazione addominale.

Giorno 20 luglio laparotomia. Incisione di 8 cm., evacuazione di notevole quantità di grumi sanguigni, senza che fosse possibile rintracciare la fonte della emorragia; le trombe erano sane. Il sangue era come avvolto da una gracile tela essudativa. Drenaggio.

Il decorso fu apiretico. Si fecero metodiche medicazioni con garza iodof.; il 5 luglio si levarono i drenaggi ed i punti di sutura. Coalito buono. Il giorno 18 agosto lasciava il comparto perfettamente guarita.

d) *Parametriti.*

Della flogosi del tessuto cellulare del *cavum pelvis subperitoneale* per ora mi limito ad accennare quei casi in cui essa non apparve d'ori-

gine puerperale, ovvero quei casi nei quali, benchè tale origine fosse evidente, il periodo puerperale era trascorso da tempo. Non credo opportuno il riportare anche complessivamente le particolarità relative al numero di tali osservazioni che ammontano a 59. Scarso infatti sarebbe l' interesse offerto da tale esposizione. I seguenti dati valgano a dare una idea generale. Esporrò soltanto in breve quelle osservazioni, che ci offersero realmente un interesse speciale.

La parametrite venne trovata 25 volte a sinistra, 9 a destra, 17 posteriormente, 3 anteriormente, e 5 volte potè considerarsi totale.

In quanto riguarda la eziologia posso dire che la massima parte ebbe origine principalmente da un puerperio indubbiamente settico, ma in altri casi tale circostanza non si potè accertare in modo assoluto, riferendoci ai dati anamnestici.

Trovai 53 donne che avevano antecedentemente partorito, in uno spazio di tempo più o meno lontano, e che nel puerperio erano state colte dai primi sintomi della malattia. Di queste 53 donne, risulta dalle cartelle cubicolari, che 27 partorirono a termine, in due il parto fu manuale, in due strumentale, e tre volte venne operato il secondamento artificiale.

Trovai sei nullipare di cui una sola maritata e le altre nubili; fra esse due meretrici ed altre due che non presentavano i genitali cogli attributi della verginità; che anzi in una il complesso anamnestico ed i dati obbiettivi potevano lasciare non infondato sospetto di un pregresso aborto. Una soltanto era indubbiamente vergine, affetta da parametrite posteriore; in questa ultima ed in altre tre l'utero giaceva in antiflessione più o meno accentuata. L'origine blenorragica di tali forme, benchè sospettata, non potè essere posta in evidenza in modo assoluto.

In quanto alla cura essa varia a seconda dei casi: se predomina l' elemento dolore si applicano i fomenti caldo-umidi o la vescica di ghiaccio, somministrando internamente l' antipirina o l' oppio, associato questo qualche volta a calomelano. Cessata la febbre si dà mano a cure solventi (ioduro internamente), pennellature diluite di iodio e vescicanti volanti all'esterno, e si medicano localmente per la via vaginale mercè tamponi imbevuti di glicerina sola o iodurata o con ittiolo, ecc. Qualche rara volta si ricorse altresì ai tamponi di unguento cinereo. In due casi assai ribelli in cui il vasto essudato di durezza lignea, disposto a guisa di rigida piastra, palpabile altresì dalle pareti

addominali, non aveva mostrato alcun giovamento delle cure anzidette, si applicò la corrente continua, un polo in vagina (carbone) e l' altro sulle pareti addominali (piastra di creta) elevando la intensità da 25 a 35 milliampères.

Le pazienti ne ritrassero giovamento ma scarso, essendo le dette masse essudative diminuite di poco nel loro volume. In via generale si fu piuttosto larghi nella incisione sia addominale che vaginale, anche quando non era distinta la fluttuazione.

Nel capitolo riservato alle forme puerperali sarà completata la esposizione delle flogosi del cellulare pelvico.

Un cenno meritano le seguenti osservazioni:

Osservaz. I. — *Parametrite anteriore suppurata con apertura spontanea dell'ascesso in vescica.* — Ci... Maria, d'anni 29, operaia, maritata, entra in sala il 17. 3. 89 per la seconda volta. Mestruò a 17 anni ed ebbe regolarmente 2 parti, di cui l'ultimo nel gennaio p. p. Si alzò in ottava giornata. Seguirono febbri e dolori al basso ventre, il corpo uterino è portato un po' all'indietro, il fornice ant. e destro occupato da essudato che li deprime circondando l'utero. Tali erano le condizioni della donna il 18. 2. 89. Stette all'ospedale due giorni, poi volle uscire, per quanto sconsigliata. A casa di nuovo la colsero dolori e febbri, sì da essere sempre obbligata a letto. Dolente la palpazione mediana. Il fornice vaginale anteriore scomparso ed abbassato fin quasi all' ostio vulvare da una tumescenza dolente un po' elastica, la quale sopravanza il pube di tre dita e si spinge un po' verso sinistra e più verso destra. Collo uterino portato posteriormente ed a destra. L' utero lievemente mobile in latero versione sinistra.

Il catetere vescicale si dirige in basso posteriormente a sinistra. L'essudato è applicato immediatamente alle pareti addominali. Un poco scaduta nelle condizioni generali, ma nulla di speciale all'esame dei singoli apparati. Dopo alcuni giorni di degenza, in cui alla sera la temperatura raggiunse fino i 39, si scoprono le orine cariche di pus e la tumescenza diminuita assai. Da allora non ha più febbre, le orine vanno lentamente rendendosi limpide.

Partì il 27 aprile assai migliorata.

Osservazione II. — *Parametrite anteriore suppurata. Oncotomia sovrapubica. Guarigione.* — 22. 9. 89. Anni 35, casal., marit., mestr. a 13. II para. Puerperio morboso per febbre e dolori. Da pochi dì la febbre è serotina. Tumida la regione sovrapubica per una tumescenza che invade la regione inguinale destra, si infossa nella pelvi verso il pube, si

ha senso di fluttuazione. Il fornice ant. ed il destro sono depressi. Temperatura 39.° Incisione dalla sinfisi pubica di 6 cent., controapertura drenaggio. Cade la febbre e passa a guarigione.

Anche la seguente osservazione di reliquato di para e di perimetrite fu di certo interesse per la complicazione con un ascesso retrorettale originato da una probabile distrazione della sinfisi sacro-iliaca ed apertosi spontaneamente nel retto.

So.... Paolina, d'anni 28, contadina, maritata, entra in comparto il 25. 2. 89. Mestruò a 15 anni. Ebbe 6 gravidanze a termine, 5 parti regolari, il sesto, a domicilio, il 30. 12. 88 pr. spalla, rivolgimento, puerperio febbrile. La febbre persiste tuttora. Soggetto deperito, nulla ai singoli apparati. La parete posteriore della vagina è sollevata da tumescenza pastosa indolente che si estende fino in corrispondenza dell'orif. ut. esterno, ampiamente beante e che pare continuarsi colla vagina. Utero assai innalzato. Il collo porta numerose lacerazioni interessanti anche la vagina. L'esame rettale fa riscontrare che la tumescenza non è in rapporto col setto retto-vaginale, ma sibbene colla parete post. del retto. A 6 centim. dall'ano un'apertura irregolare crateriforme conduce nella cavità ascessuale. Temp. 38. 9, brividi. Giorno 28 continua la perdita di marcia dal retto. Irrigazione. 1[2 apiretica. Continua la perdita sebbene minore. Scompare la tumescenza. Esce il 17 marzo.

APPENDICE PRIMA.

Ablazione degli annessi uterini per varie indicazioni.

Riferirò di due casi in cui venne operata la ablazione degli annessi per altre indicazioni, cioè a dire per affezioni riferentesi alla sfera nervosa, essendo falliti tutti gli altri mezzi che erano stati impiegati.

Osservaz. I. — *Istero-epilessia. Singhiozzo periodico. Rene sinistro spostato e fisso? Antiflessione uterina ad angolo acuto. Ovaro-salpingectomia bilaterale.* — Franz.... Luigia, d'anni 18, nubile, casalinga, entra il 31 marzo 1889. Superò il morbillo ed il vaiuolo. Mestruò a 13 anni con dolori. Le mestruazioni soffersero delle irregolarità, e, *per uno spavento subìto nel corso mestruale, tre anni or sono, venne colta da convulsioni epilettiche* che si succedettero dopo spontaneamente. Da circa otto mesi amenorroica. Ha leucorrea continua, abbondante, e soffre

di intermittenti dolori al quadrante inferiore sinistro addominale ed ai lombi. Da 2 anni è altresì tormentata da un ostinato singhiozzo che si alterna con pause di quindici giorni di tregua, e ciò costantemente. Nella quindicina di singhiozzo non dorme e l'ingestione dei cibi è subito seguita da vomito. È nullipara ed assicura non aver mai avuto contatti sessuali. Da tre anni è affidata alle cure di vari medici i quali successivamente misero in pratica tutta la farmacopea possibile, non esclusi i rivulsivi, i vescicanti, le coppette incise, i punti di pietra, il termocauterio, l'ipnotismo, e va dicendo. A nulla valsero tali tentativi, e la malata nuovamente colta da violenti convulsioni istero-epilettiche veniva trasportata in sala Visconti (comparto freniatrico dell' Ospedale) da cui ora proviene.

Stato presente: Donna di costituzione scheletrica buona, sviluppo muscolare sufficiente. Pannicolo adiposo bene sviluppato. Pupille normali ed egualmente reagenti allo stimolo luminoso. Manifesti punti dolorosi a tutte le branche del quinto paio. Al momento dell'esame il singhiozzo è continuo, circa 60 al minuto. Lieve ipertrofia diffusa della tiroide. Negativo l'esame dell' apparato polmonare e circolatorio.

L'esame del sistema nervoso dà i seguenti risultati: negativo l'esame degli organi della vista. Persiste il senso del gusto su tutta la lingua. Non avverte l'odore del limone o dell'aceto. Ottusa la sensibilità delle fauci.

Sensibilità tattile: conservata ovunque col giusto apprezzamento degli oggetti che piglia fra le mani ad occhi bendati.

Sensibilità termica: non avverte il senso di freddo di un pezzo di ghiaccio scorrente sulla cute del quale ha solo la sensibilità tattile — tuttavia alla radice del naso ed alla regione lombare destra vi sono alcune zone ove la sensibilità termica pare conservata per quanto diminuita.

Sensibilità dolorifica: abolita completamente d'ambo i lati del corpo e sostituita alla cute dalla semplice sensibilità tattile. Non vi sono che le zone accennate che risentono della puntura dello spillo — nei quali luoghi è solo vivacemente eziandio avvertita la sensibilità elettrica. I riflessi cutanei manifesti all'addome nella sua metà destra, meno intensi a sinistra. Conservato il riflesso rotuleo, manca quello del piede. Iperestesia di tutti i punti accessibili alla pressione dei nervi. Alla regione cervicale e lombare incerta dolorabilità alla pressione delle apofisi spinose.

Deambulazione stentata, vacillante. Nella stazione eretta si nota incurvamento della colonna vertebrale. L'addome, alla palpazione, offre di rimarchevole a sinistra della zona ombellicale una tumefazione che per forma e volume potrebbe reputarsi il rene omonimo, ma spostato e fissato. Tale tumescenza è altresì sensibile alla pressione, ed è più grossa di quello che sarebbe un rene normale.

Alla esplorazione combinata vagino-addominale trovasi l'utero antiflesso e retroposto, l'angolo di flessione rigido; l'ovaio destro di volume normale, quello di sinistra altresì più piccolo, non si riesce però a dimostrare nessuna alterazione apprezzabile.

Tali sono le condizioni al principiare del mese di aprile. Il singhiozzo cessa il dì 4. Così fino al giorno 14 si procede senza alcun che di rimarchevole; in tal giorno, dopo 8 mesi di amenorrea è mestruata con lievi dolori; il singhiozzo la lascia ancora in riposo. Il 16 aprile cessa lo scolo e per mitigarle i dolori consueti a sera, le viene quotidianamente praticata una iniezione di morfina. Il 19 ricompare il singulto, 44 al minuto. Si tenta la cura coll' atropina per via ipodermica, 1[2 milligr., e si arriva al 3 maggio a 5 milligr. al giorno. Contemporaneamente, scegliendo una camera appartata, si tentano sedute ipnotiche pazientissime con mezzi svariati, fra i quali la fissazione prolungata di una piccola lampada elettrica. I tentativi sono vani. Il 5 maggio cessa il singhiozzo, e la mattina del giorno susseguente si verifica un lieve attacco epilettico, che al dire dell'infermiera che la vigilava fu assai minore di quelli che la coglievano allorquando essa era ricoverata in Sala Visconti. Residua cefalea. Alla sera stessa è colta da violenti convulsioni istero-epilettiche che si ripetono circa ogni 3 minuti senza grido nè rauco nè soffocato; tenta di mordere le lenzuola e chi la circonda, nonchè le proprie mani. Due fatti però furono osservati durante tali convulsioni, e cioè:

1) Se la paziente malgrado le cure dei circostanti viene a mordersi una mano lo fa in modo così lieve che non ne resta alcuna traccia.

2) La lingua non viene mai stretta fra i denti. Il polso espanso, 128. Si praticano iniezioni di morfina. La pressione alla regione ovarica diede risultati negativi. Gli ascessi vanno illanguidendo e lasciando nel dì seguente assai prostrata la ragazza.

Nulla di speciale si presenta. Un consulto cogli egregi prof. Verga e dott. Brocca fa decidere l'ablazione degli annessi uterini come ultima ratio. La perfetta periodicità del singhiozzo in rapporto col profondo perturbamento d'una funzione periodica è il fulcro delle considerazioni svolte dal prof. Mangiagalli nel consulto per giustificare l'operazione.

L'ovaro-salpingectomia doppia fu eseguita il 13 maggio, trovandosi l'ammalata nella pausa del singhiozzo. Il decorso operatorio fu regolare e solo in terza giornata si ebbe un rialzo a 38 che si abbassò subito alle temperature di apiressia. Se non chè il giorno 15 alle 8 pomer. improvvisamente ricompare il singhiozzo, che menomamente è influenzato da una iniezione di morfina, più lieve però e che dura soltanto fino alle 6 antimeridiane del successivo giorno 16. Si verifica lieve stillicidio sanguigno dai genitali. Con lievi dolori ventrali e colla solita fenomenologia della maggior parte delle operate di laparotomia si arriva

al dì 19, in cui ritornano in scena attacchi di epilessia, ed al 21 ancora il molesto singulto, ma in grado molto minore, e che cessa al 22 di sera. Il 23 si tolgono i punti di sutura. Il coalito della breccia è perfetto. Il 24 ed il 25 ripetonsi frequenti attacchi istero-epilettici. Ormai il singhiozzo compare o dà tregua ma senza attenersi alla precisione primitiva. Si spingono le dosi di bromuro di K. fino 6 grammi al giorno con nessun effetto. Travagliata da turbe gastriche, da nevralgia scapulo-omerale, da dolori alla regione anale sinistra s'arriva al 10 giugno. Insorti nuovi attacchi epilettici, non consentendo i regolamenti una ulteriore degenza nel comparto, ove pel momento null'altro rimaneva a fare, se ne domanda il trasporto alla sala dalla quale era pervenuta. Quivi poco vi rimase perchè volle tornarsene a casa: indi andò peregrinando per gli ambulatori, travagliata periodicamente dal singhiozzo che appare e persiste per tutta la quindicina di ogni mese, e dagli ascessi istero-epilettici insorgenti nel periodo di pausa. In quanto alla mestruazione a tutto ottobre essa non l'ebbe che una sola volta; continuano ad essere dolenti alla pressione profonda entrambe le regioni ovariche.

Queste notizie furono da me raccolte allorchè la paziente per pochi giorni fu ancora in comparto, il novembre 1889.

Osservaz. II. — *Frenosi. Retrolatero-flessione destra. Ovarosalpingectomia. Isteropexi. Guarigione.* — Pat... Margherita, d'anni 35, contadina, maritata, giunge in comparto il 6 aprile 89.

Nessun antecedente nel gentilizio e nessuna forma morbosa pregressa. Le mestruazioni apparvero a 13 anni e furono sempre regolari. A 22 anni si maritò ed ebbe 8 figli. L'espulsione dei feti fu sempre aiutata con manovre da persone non dell'arte, e l'ultimo parto fu trigemello un anno e mezzo fa. Dice che la malattia che la travaglia è iniziata da 4 anni, in seguito a metrorragie; in allora sarebbero insorte convulsioni, senso di strozzamento alla gola, pica, malacia, senso di bruciore alla regione ovarica sinistra, malinconia, delirio furioso sì da ritenersi pericolosa a sè ed agli altri onde è che venne ricoverata in sala Visconti. Quivi fu nella donna osservata tendenza al suicidio, e fu trovata spesso in preda ad allucinazioni sensoriali. Essa è analfabeta, ha conservata appieno la memoria ed è compos sui. Donna di costituzione scheletrica regolare, nulla offre di rimarchevole all'esame somatico se non un certo qual grado di deperimento generale dell'organismo. Solo l'ipocondrio sinistro è dolente ad una forte pressione, ma ivi nulla si trova di materialmente apprezzabile. La motilità e le varie specie di sensibilità sono affatto normali. L'appetito vorace, le digestioni facili, le defecazioni scarse. I mestrui irregolari. Leucorrea pertinace. Durante la sua degenza in sala Visconti essa tende alla malinconia, al pianto. Osservandosi un complesso di fenomeni da lasciar sospetto di elmintiasi

si somministrano anti-elmintici ma con risultato negativo. Viene colta da accesso furioso in corso di mestruazione. S' inizia una cura ricostituente ferruginosa. Bulimia, e dolore al quadrante inf. sinistro addominale, ostinatissimo. *Il delirio si riferisce quasi esclusivamente alle funzioni generative.*

Chiedesi consulto col prof. Mangiagalli il quale trova l' utero in retrolatero flessione destra poco mobile. Ovaie non aumentate, in modo apprezzabile, di volume.

Il 25 marzo i sigg. prof. Verga e dott. Brocca convengono che la frenopatia della malata non può essere che d'indole simpatica, ed avere base nel sistema genitale e pregano il prof. Mangiagalli a voler prendere quelle misure che egli crede opportune per tentare di liberare la malata dalla sua infermità.

Trasportata quindi nel comparto ginecologico, e nuovamente esaminata, esaurite le consuete pratiche preparatorie, addì 8 aprile viene operata di *ovaro-salpingectomia doppia* e nello stesso tempo l'utero viene fissato la mercè di punti di sutura che comprendono i legamenti rotondi di sinistra ed il peritoneo parietale. Il decorso non può essere più soddisfacente. Apiressia perfetta, neppure il vomito nei primi giorni viene a disturbarla. Le notti sono ristorate da benefico sonno. Mangia volontieri e non ha più l'idea di malinconia. Il giorno 18 levansi i punti di sutura. Il coalito è perfetto.

La convalescenza prosegue. Solo che al giorno 21 viene in iscena un rialzo termico (38. 7), la lingua è pattinosa, l' alvo chiuso. Si amministrano purgativi, ma fino al 29 si ripetono rialzi tali da toccare i 39. 8. Negativo l'esame del petto. Il fegato e la milza sono nei confini. Nessun segno all'addome che è indolente e nessuna essudazione riscontrabile dalla via vaginale. L'utero si mantiene in asse ed essa non accusa alcun dolore.

Infine coi primi di marzo tutto ritorna nella calma. Le condizioni generali migliorano visibilmente. L' utero si mantiene in asse ed è in grado di partire il 15 maggio.

Ripassa in sala Visconti in osservazione indi è rimessa pochi giorni dopo, nulla ostando al suo ritorno alla famiglia.

Sulla fine di ottobre dal medico condotto ebbi notizie della Pa.... Per usare le stesse parole del collega, ottime sono le condizioni fisiche e psichiche della paziente, può dirsi ritornata a nuova vita; è sempre calma, espansiva, custodisce con materna cura i propri bambini, attendendo altresì alle domestiche faccende, pur guardandosi dalle eccessive fatiche. Il suo vitto è l'ordinario, la digestione si compie facilmente, ed è piuttosto ingrassata e di aspetto fiorente.

Or non è molto, quasi cioè un anno dopo l'atto operativo, il dottor Brocca, pubblicando il caso sull'*Archivio Italiano* per le malattie nervose,

fasc. I e II, 1890, riconfermava, per notizie avute dal dott. Zoppi di Canobbio, il perfetto stato di salute della nostra operata.

Ed ora quali conclusioni possiamo trarre dalle due osservazioni accennate? o per meglio esprimermi che dire per nostra esperienza della castrazione nella categoria delle indicazioni nervose? Il primo caso, diciamolo pure, fu coronato da un completo insuccesso, che del resto non deve recare meraviglia poichè Schramm (Comunicazione al 59° Congresso di Berlino) non vide che due risultati positivi sopra 12 casi di epilessia, la quale potevasi evidentemente credere alla dipendenza del sistema genitale. Lo Schröeder pure, nella settima edizione del suo trattato, si mostra piuttosto dubbioso ad accingersi alla castrazione, nè la vorrebbe praticata se non quando vi sia certezza assoluta che l' apparato genitale giuochi una parte importante nella forma nervosa. Hegar, nella terza edizione del suo trattato di ginecologia operativa, pone come terza indicazione della castrazione alcune *nevrosi*, che designa col nome di *affezioni nervose mentali gravi dipendenti dalle funzioni sessuali*, sebbene dapprima fosse stato contrario alla castrazione nelle nevrosi, nelle quali non esistevano lesioni anatomiche dell'apparato genitale.

Il Chiarleoni in occasione del dodicesimo Congresso dell'Associazione medica italiana tenuto in Pavia nel settembre 1887 (1), dichiarando di essere sempre stato riluttante alla castrazione nelle nevrosi, adduce la guarigione di un caso gravissimo di istero-epilessia, degente già da 7 anni nell' Ospedale di Vercelli, ottenuta con una simulazione dell' atto operativo; e l'Auvard (2), in base a tale risultato si dimostra propenso a credere che l'indicazione della ablazione degli annessi uterini nelle forme di isteria ed istero-epilessia non tarderà di molto a scomparire. Il Marchionneschi in un caso colla ovaro-salpingectomia (3) ebbe la guarigione, e però crede che allorchè le ovaie sono malate, o per degenerazione cistica o per flogosi antica non risolubile o per altre condizioni patologiche, che i mezzi medici non arrivano a far allontanare, se non si rimuovono le ovaie e le trombe, la guarigione dell'isterismo rimarrà sempre allo stato di desiderio, ed insiste quindi sulla ne-

---

(1) Atti del XII Congresso. Tipogr. Fusi, Pavia.
(2) *Archives de Tocol.*, 1888.
(3) « La salpingectomia nelle donne istero-epilettiche. » *Ann. Ostetr. e Ginec.*, 1889.

cessità di una esatta diagnosi dello stato anatomico e funzionale degli annessi uterini. Le ovaie esportate dalle due pazienti che formano l'oggetto delle storie esposte furono esaminate dal dott. A. Visconti, Prosettore presso l'Ospedale Maggiore, ed io, per non qui riportare la minuta descrizione del reperto mi limiterò soltanto ad accennare alle più salienti particolarità.

Dal complesso dell'esame (Oss. I), risulta che la alterazione più appariscente riscontrata è la degenerazione cistica per emorragia endofollicolare della zona parenchimale, ed una formazione cistoidea nella zona midollare e corticale. Inoltre una discreta iperplasia del connettivo dell'intero organo, una discreta infiltrazione calcarea fra le due zone in una delle due ovaie, ed una parziale degenerazione adiposa della zona midollare dell'altra.

Nel secondo caso le ovaie, ma specialmente la più grossa delle due, anche microscopicamente si appalesava in preda a degenerazione cistica. Le cisti da grandezza microscopica arrivavano fino alla grandezza di un pisello, originate in parte da ectasie dei follicoli di Graf. Inoltre notavasi marcata iperplasia del connettivo della sostanza corticale ed anche in grado discreto della sostanza midollare, sviluppo di connettivo a scapito dell'elemento ghiandolare qua e là atrofizzato. Quest'ultima particolarità era assai evidente nell' altra ovaia ove trovossi altresì una notevole infiltrazione di corpi di aspetto calcare sotto forma di granuli molto rifrangenti la luce. In quanto alle tube esse furono trovate affette da salpingite cronica, rilevabile all'esame microscopico per un ispessimento iperplastico delle tre tuniche, specie della peritoneale e della mucosa, la quale ultima era tumida ed infiltrata riccamente di cellule embrionali, ed i processi papilliformi erano pure tumidi ed ingrossati.

Di leggieri quindi si comprende che anche abbracciando l'opinione di coloro, nella quale il prof. Mangiagalli non consente, che vorrebbero limitata l'ablazione degli annessi in casi di nevrosi, a quei casi in cui fossero apprezzabili lesioni degli annessi stessi, di alterazioni quelle ovaie ne presentavano, e più che sufficienti da giustificare l'atto operativo, e secondo le vedute di alcuni con speranza di successo.

A spiegare tuttavia l'esito nullo al quale si dovette assistere nella prima operata può essere portata in campo una ipotesi già ripetuta e che merita di essere considerata. Non è egli probabile che dopo aver dominato per un certo tempo l'organismo, la nevrosi, che pur poteva essere in stretto

rapporto col sistema genitale abbia finito per rendersi indipendente e vivere di vita autonoma? La connessione delle forme nervose coll'apparato genitale è di difficilissima dimostrazione, e per quanto oggidì le nevrosi vadano sempre diminuendo, sostituendosi ad esse delle entità morbose ben distinte, pure è forza l'ammettere che molta luce rimane ancora a farsi, ed il fatto di molte guarigioni ottenute nel campo delle malattie nervose coll'aver influenzato l'apparecchio genitale ci obbliga a concedere a questo una non dubbia importanza. Riguardo al primo caso sarebbe anche a dimandarsi se per avventura l'isteso-epilessia, pure essendo riflessa, non fosse dovuta a quella tumescenza rilevata all'esame addominale e che, anche a ventre aperto, pareva essere un rene spostato. Ma la periodicità del singhiozzo doveva piuttosto appoggiare l'ipotesi fatta dall'operatore che non quella qui abbozzata ma ampiamente discussa e non accettata dall'operatore stesso.

APPENDICE SECONDA.

Alcune forme morbose addominali vennero accolte in comparto, alcune delle quali non alle dipendenze degli organi genitali, ed altre, nelle quali i genitali interni erano colpiti, ma, unitamente a questi, il peritoneo ed altri organi addominali, da non rendere possibile un intervento radicale. Ecco brevemente i casi più importanti:

Quantunque versasse in condizioni gravissime, non volendosi assoggettare a qualsiasi intervento, fu inviata fra le croniche una paziente di anni 44, casal., maritata, entrata il 13 dic. 89, in cui era stata istituita la diagnosi di *Carcinosi peritoneale*, con pleurite destra, non essendosi esclusa la possibilità che un tumore papillomatoso dell'ovaio di sinistra fosse stato il punto di partenza del processo peritoneale.

La diagnosi di *Tumore del mesenterio* fu fatta sulla paziente Tr... Maria, d'anni 21, nubile, contadina, entrata il 30 maggio 89, ma essa venne inviata in sala chirurgica e da questa dimessa.

Interessante assai fu un caso in cui la laparotomia, evacuato il liquido libero peritoneale di sospetta origine tubercolare, poi non dimostrata tale dall'esame batteriologico, la paziente guarì nè vide più mai

ripristinarsi la raccolta non solo, ma vide altresì un progressivo migliorare delle deterioratissime sue condizioni fisiche.

Sfon.... Antonia, d'anni 17, modista, nubile, entra in comparto il 18 luglio 89. Fra le malattie pregresse figura una polmonite subita a 7 anni. Mestruò a 14 anni, e fu sempre tribolata dolorosamente a mesi alterni. È nullipara, da 10 mesi avverte un gradevole e progressivo aumentare dell'addome, il quale per altro in ultimo si era fatto rapido. Nessun disturbo per parte dell' ammalata, la quale presenta l'addome colle caratteristiche note di una raccolta libera peritoneale. Negativo è l'esame genitale. La costituzione gracile e deperita, pallida la tinta della cute, il collo lungo, il torace cilindrico, insomma il complesso caratteristico dell' abito fino è quello che presenta la donna, benchè nulla si riscontri di positivo all'esame dell'apparecchio polmonare. Le orine sono prive di albumina.

La malata deperisce, estenuata grandemente da profusa diarrea. Il 25 luglio, aperto il peritoneo si evacua una considerevole quantità di liquido siero-sanguigno, ed esplorato diligentemente il cavo peritoneale si scopre che il peritoneo parietale, e quello che copre l' utero posteriormente è cosparso di minute rilevatezze di aspetto bianchiccio. Sutura. Fu sempre apiretica nei dì seguenti l' atto operativo; il 3 agosto tolti i punti si vide il coalito perfetto, nè traccia alcuna di liquido ripristinato.

Iniziata una cura arsenicale, l' ammalata fu dimessa l' 8 agosto. Al primo giugno 1890, ossia quasi un anno dopo la laparotomia, le condizioni generali sono ottime, tanto che pel florido stato la ragazza è irriconoscibile. Le pareti addominali spesse, solide, hanno del tutto perduto quel carattere di sottigliezza che esse presentavano. Nessun segno di raccolta endoperitoneale.

Nè di minore interesse fu il caso offertoci da Es... Maria, d'anni 22, servente, nubile, entrata il giorno 8 agosto ed operata di laparotomia per *Peritonite purulenta*, d'ignota origine, e non puerperale, essendo essa nullipara, e nella quale assistemmo alla spontanea apertura in vagina di nuovi focolai marciosi e ad una ascite consecutiva che si sospettò devoluta o alle successive aderenze peritoneali o ad una degenerazione amiloidea del fegato legata forse ad infezione sifilitica, o ad entrambi i fattori e per la quale ascite fu poi ancora operata di paracentesi.

L'ammalata guarita della ferita addominale passava in sala medica, indi al comparto croniche ove lentamente migliorò, talchè con nostra somma sorpresa al principiare dello scorso giugno essa ci si presentò

in condizioni che giammai si sarebbero potuto prevedere. Non credo opportuno di riportare qui l'intera storia non essendo la forma morbosa di diretta spettanza della ginecologia; ciò potrà essere fatto separatamente poichè il caso non comune e le sue complicanze potrebbero dar luogo ad alcune considerazioni.

Fra le malattie peritoneali abbiamo registrato quattro casi di degenerazione cancerosa diffusa degli organi addominali in cui non era possibile determinare se la carcinosi ovarica fosse primitiva o secondaria.

Ecco le osservazioni riunite nella seguente tabella:

Num. progress.	Nome e Cognome Età Professione. Stato.	Dati anamnestici ed obbiettivi.	Operazioni eseguite. Decorso post operatorio.	Esito operatorio. Osservazioni.
1.	S... Maria Anni 42. Cucitrice. Maritata. 18. 3. 89.	Mestruò a 12 anni. Primipara. Si accorse del tumore solo da 6 mesi. Le condizioni generali sono buone, non ebbe mai dolori o disturbi mestruali. La palpazione avverte tumescenze multiple mobili di volume e forma svariata come natanti in un liquido le cui ondulazioni sono visibili attraverso alle pareti. Le masse non sono in rapporto col fegato. Utero spostato verso l'arco pelvico anteriore in retroversione. Attraverso alla volta vaginale tesa si notano segmenti di tumore. Nulla di rimarchevole all' esame generale. Solo lieve ipermegalia splenica. Diagnosi: *Tumore ovarico con produzioni papillomatose esogene e probabile infezione secondaria del peritoneo* ovvero: *carcinoma dell'omento.*	*Laparotomia esplorativa.* 25. 3. 89. Viene confermata la seconda ipotesi ma per diffusione all' intestino ed al mesenterio non era possibile pensare ad un intervento operatorio. Escono 6 litri di liquido siero-sanguigno. Decorso regolare. Si manifestò una lieve escara di decubito. Tolti i punti in decima giornata. Coalito sodo.	Guarigione, passò alle croniche il 13. 4. 89, e quivi morì il 23. 4. 1889.
2.	Col... Angela. Anni 50. Contadina. Maritata. 1. 8. 89.	Mestruò a 13 anni. Menopausa da un anno. 3 parti ed un aborto 7 anni fa senza conseguenze. Da 12 mesi il ventre si fece tumido, e talora prova vivi dolori. Addome molto disteso, di risonanza ottusa, di consistenza elastica, irregolare. Presenta ghiandole inguinali ingrossate. L'esame digito vaginale mostra l' utero piccolo mobile, il fondo non può essere determinato, dietro di esso vi è una tumescenza lapidea regolare poco mobile che si insinua nello scavo per 1/3 circa, sviluppandosi verso la sinfisi sacro-iliaca di sinistra. Nutrizione generale scaduta.	*Laparotomia esplorativa* il giorno 11 agosto con esito di siero cupo-giallastro. Aperto il ventre, si fa diagnosi di cisti papillomatosa dell' ovaio destro con diffusione secondaria al peritoneo. Il decorso apiretico, il coalito regolare. Si tolsero i punti in nona giornata. La raccolta si riprodusse, talchè il 5 settembre si praticò la paracentesi con esito a 3 litri di liquido rossigno.	Guarigione. Passò alle croniche, poco vi rimase poichè volle tornarsene a casa.

Num. progress.	Nome e Cognome. Età. Professione. Stato.	Dati anamnestici ed obbiettivi.	Operazioni eseguite. Decorso post operatorio.	Esito operatorio. Osservazioni.
3.	Chin... Giusep. Anni 48. Casalinga. Maritata. 23. 10. 89.	Mestruò a 12 anni regolarm. Vpara, ultima gravidanza 13 anni fa. Da allora in poi graduale progressivo aumento dell'addome. Menopausa da 5 anni. Mai alcun dolore. L'addome è estremamente disteso. La donna estremamente anemica ci rende difficile un esame accurato, versa in condizioni gravissime ed è quasi agonizzante, talchè viene decisa l'operazione come ultima risorsa, sospettando un carcinoma diffuso o un cisto-carcinoma ovarico con effusione sanguigna nella cisti, la quale seconda ipotesi, se confermata, potrebbe offrire la possibilità di salvare la paziente, quantunque in condizioni eccezionalmente gravi, come già occorse al professor Mangiagalli.	*Laparatomia esplorativa in condizioni disperate* il giorno 28; si dà esito a liquido libero endo-peritoneale sanguigno. Sotto di esso notansi enormi masse papillomatose.	Morta il 29 ottobre 89.
4.	Val. Aquilina. Anni 45. Contadina. Maritata. 1. 9. 89.	Nessun antecedente. Mestruò regolarmente a 20 anni. 7 parti e puerperii normali. Menopausa da 3 anni. Da tre mesi, senza speciali molestie l'addome si va facendo tumido. Non ebbe mai perdite sanguigne. Nessun fenomeno di compressione per parte del retto o della vescica. I dati di un diligente esame generale e dell'addome portarono alla diagnosi di *Carcinoma ovarico complicato ad ascite* e a *raccolta pleurica scarsa*. Le condizioni generali della donna sono alquanto scadute: essa presenta un soffio marcato alla mitrale. Il fegato è nei confini, la milza aumentata di volume.	*Laparotomia esplorativa*, addì 16. 9. 89. Aperto il peritoneo che si mostrava assai ispessito ed uscito molto liquido ascitico si trovò il tumore occupare il distretto superiore ovunque aderente e vaste neoformazioni papillomatose diffuse. Si chiuse la breccia.	Guarita dall'operazione. Morta il 5 ottobre 89. Epicrisi. Carcinosi peritoneale. Piotorace.

***

Prima di porre termine alla prima parte del Rendiconto devo accennare che nel comparto furono accolte, ma per brevissimo tempo soltanto, alcune pazienti che a tutta prima la oscura sintomatologia aveva potuto far credere affette da una malattia di spettanza della

specialità. Esse non ci rappresentano interesse alcuno, tuttavia ecco tali forme raccolte nel seguente specchietto.

DIAGNOSI	Numero delle passate in altre Sale	Numero delle uscite
Nessuna malattia	—	5
Diagnosi generica di malattia medica . .	7	—
Miosite lombare	1	—
Tubercolosi polmonare	1	—
Isterismo	6	1
Coprostasi	1	2
Sifilide	1	—
Ernia inguinale destra	—	1
Ascesso perianale	1	—
Ragadi all'ano	1	—
Sarcoma della sinfisi sacro iliaca	1	—
Adenomi cervicali	—	1
Forma chirurgica	1	—
Totale . .	21	10
	31	

(Continua).

TRADUZIONI

J. Kötschau. — L'elettroterapia in Ginecologia.

Traduzione autorizzata del dott. Polacco.

Intorno alla cura elettrica in ginecologia, e sopratutto intorno al metodo usato ed entusiasticamente raccomandato dall'Apostoli in Parigi per applicarla alla cura delle più svariate malattie degli organi sessuali femminili, esistevano fino ad ora nella letteratura tedesca scarse comunicazioni (Clemens, Möbius, Zweifel), alle quali, solo negli ultimi anni, si aggiunsero pubblicazioni sintetiche. Con ragione i primi lavori e comunicazioni dell'Apostoli, come quelle fatte al Congresso internazionale medico di Copenaghen nel 1884, non furono molto vagliati in un tempo in cui si gareggiava, con continui miglioramenti e completamenti dei metodi, a trasformare, con risultati operativi sempre più favorevoli e brillanti, la cura dei miomi uterini, per cui sopratutto dall'Apostoli e da' suoi seguaci era stata raccomandata l' elettrolisi.

Il corretto ritegno dei medici tedeschi di fronte a questo processo doveva destare tanto minore meraviglia allorchè esso fu bandito con rumore piazzaiolo, non scientifico, confinante col ciarlatanesco in un tempo nel quale già i metodi elettrici, in medicina sopratutto, erano giudicati sempre più riservatamente e sospettosamente. Un grandissimo numero di imitatori trovò il metodo di Apostoli anzitutto in America, dove già eranvi stati precursori come Cutter, Brown, Kimball, un piccolissimo nella stessa Francia, mentre i più grandi trionfi raggiunse in Inghilterra, dove pratici e operatori, dai nomi chiarissimi, quali Playfair, Spencer Wells, Tomaso Keith, uno dei più fortunati isterectomisti del nostro tempo, che ora ritiene a delitto l'intraprendere la pericolosa miomotomia su una ammalata su cui non si sia ampiamente sperimentata la cura elettrica, gli tributarono le più calde raccomandazioni. Così anche si esprime il Benedikt di Vienna: « Fosse stato questo metodo più presto conosciuto e si sarebbe potuto risparmiare un gran numero di castrazioni. » — Tanto cambiano i tempi! — In conseguenza di questi fatti, e per causa delle pubblicazioni provanti come si avesse a fare con un metodo scientificamente definito che, per quanto di carattere empirico, era costrutto su fondamento scientifico e critico, gli oppositori vi rivolsero alla fine

la loro attenzione modificando i loro inconsiderati giudizii, come per esempio Lawson Tait che in principio lo aveva dichiarato ciurmeria. Anche in Germania, dove già in ostetricia si era discusso sulla corrente costante per la provocazione del parto prematuro, nella atonia dell' utero post partum, etc., i metodi e i loro modi di impiego cominciarono ad essere esattamente sperimentati. E poichè il metodo di Apostoli è ora generalmente riconosciuto ed adottato, e le variazioni ad esso non sono per lo più sostanziali, io ne darò anzitutto una descrizione generale con riguardo alle indicazioni, ed in seguito passerò in breve rassegna la vera efficacia delle diverse forme di elettricità.

Si impiegò in ginecologia tanto la corrente faradica quanto la galvanica: la prima si impiega solo raramente quando si debba ottenere aumento del tono dei tessuti e particolarmente della muscolatura: agisce inoltre calmando ed attutendo il dolore (particolarmente nelle nevralgie ovariche), ed allora è necessaria una corrente d' alta tensione e con frequenti interruzioni. La corrente galvanica, più forte, ha una azione chimica ed una fisica: alla prima appartiene l' elettrolisi, cioè la capacità di scomporre i corpi fluidi, accumulando gli acidi al polo positivo le basi al negativo e là, mediante la liberazione delle basi e degli acidi allo stato nascente, dispiegare una aumentata azione chimica. La seconda azione, fisica o cataforica, si può, su un tessuto fresco, compendiare in una decomposizione della molecola, ed in un movimento delle parti fluide dal polo positivo al negativo. Se gli elementi fluidi si accumulano al polo negativo, subentrerà qui un aumento di assorbimento, e per questo non si verificherà più il compenso degli elementi che si distruggono se questi derivano da cause patologiche. Da questa teoria risultano senz'altro i confini dell'azione della corrente costante in ginecologia; il vantaggioso impiego della elettricità nella terapia dipende dal fatto che i tessuti patologici, una volta assorbiti, non si riproducono nuovamente come i normali, sia che la causa occasionale continui o che operi di nuovo.

Al polo positivo avviene coagulazione ed indurimento perchè esso agisce coagulando, e coi propri acidi induce un'escara asciutta e dura che guarisce con cicatrice retrattile. Il sangue che viene con esso in contatto, coagula in pezzi bruni ed abbastanza asciutti simili ai coaguli risultanti dall'uso del percloruro di ferro: — si può perciò utilizzare la coagulazione che si manifesta al polo positivo per cambiare la superficie sanguinante dell'endometrio in una massa dura e stipata la quale non permette l' uscita di essudato emorragico. Riesce per questo un eccellente mezzo emostatico non solo in causa della sua azione coagulante, ma anche per la contrazione dei vasi. Il polo negativo (fluidificante) è quello che agisce più intensamente: con correnti forti riassorbendo, causticando chimicamente, accelerando la circolazione sanguigna (*Blutung befördernd*), con correnti più deboli agisce eccitando: perciò produce assai più dolore, mentre lo si usa, che non il polo positivo. Produce adunque fluidificazione e decomposizione (agisce in modo sfa-

vorevole sulla nutrizione dei miomi), e forma una cicatrice molle e non retrattile con perdita di sostanza persistente (da usarsi quindi nella cura delle stenosi), e facilita in tal modo le emorragie. Da quanto fu detto emergono senz'altro le indicazioni.

L'impiego della forte corrente galvanica (50-250 milliampères) si fa in modo stabile, senza interruzioni, col metodo polare, che consiste nella localizzazione della corrente elettrica in una parte ben determinata. L' elettrodo più importante (attivo), viene in diretto contatto coll'organo che si deve curare (utero, tumore, ecc.); l'indifferente (inattivo), che è un grosso elettrodo (400 cent. quadr.), si applica in modo (per lo più sul ventre), che dispieghi una azione assai limitata, fatto questo in riguardo al quale differiscono in modo molto sensibile le opinioni dei più grandi elettroterapisti. Mentre qui si impiegano per uso quotidiano resistenze di 1000-3000 ohms e più, ed una corrente di 20 m. a. è già straordinariamente forte, per le applicazioni ginecologiche le resistenze raggiungono appena 600-800 ohms, e rimangono per lo più fra 200-300 limitandosi anche frequentemente al di sotto di 100 (Geo. Engelmann, St. Louis, *Med. News*, 1887, N. 20-22 — *Ref. in Cent. f. Med. Wiss.*, 1887, N. 38).

Il metodo pratico di applicazione del metodo Apostoli è il seguente: anzitutto disinfezione completa delle mani dell' operatore e degli strumenti (possibilmente arroventandoli): la donna giace in posizione dorsale senza busto, perchè la respirazione rimanga libera: non necessita d'ordinario il cloroformio. Si deve disporre di una focaccia di creta da modellare (30 cent. di lunghezza, 20 di larghezza, 2 di spessore) che, inumidita con acqua non salata ma calda, viene applicata sull' addome dopochè i luoghi eventualmente feriti vennero coperti contaffetà inglese, carta o collodion; la paziente preme colle proprie mani sul ventre la focaccia coperta da un panno di lino. Dopo ciò si disinfetta la vagina con irrigazione al sublimato e si introduce una sonda non curva previamente arroventata, la cui estremità libera misura la lunghezza della cavità uterina, senza speculum e sulla guida dell'indice sinistro. Qui, dopo che la canna isolante fu spinta fino alla cervice, la sonda viene tenuta ferma colla mano sinistra e colla destra si mette in comunicazione con un filo conduttore (nelle emorragie con quello appartenente al polo positivo, negli altri casi col negativo) e, tostochè il dolore provocato dal sondaggio è scomparso, l' apparecchio viene posto in attività aggiundendo lentamente elemento ad elemento (è necessaria una accurata regolarizzazione della corrente elettrica mediante il reostato), fino a raggiungere una forza di 20-30 m. a. nel primo mezzo minuto, più tardi una di 90-100 m. a. (È necessaria inoltre una esatta misurazione col galvanometro e secondo G. Engelmann possibilmente col galvanometro verticale).

Più innanzi non si deve andare di regola nella prima seduta che deve durare 3-4 minuti. Oltre il galvanometro serve come misura l'aspetto della paziente.

La dolorabilità deve essere appena accennata, e nel basso ventre si deve in ogni caso notare un senso generale di stiramento e di malessere mentre l'effetto sulla pelle non dev'essere più forte di quello prodotto da una senapizzazione; nelle sedute successive, due per settimana, si possono raggiungere il 50-250 m. a. Dopo 5 minuti di durata la corrente si indebolisce man mano e si allontana cautamente l'elettrodo: si pratica poi nuova irrigazione disinfettante della vagina e si introduce un tampone di garza iodoformica. Riposo a letto della paziente per qualche ora e raccomandazioni in precedenza a quelle in cui l' intervento sarà seguito per qualche tempo da coliche uterine e da perdite muco-sanguinolenti. Per le batterie (colla minima resistenza possibile per raggiungere le più forti correnti), serviranno gli elementi di Leclanché (circa 30), batterie solide, ordinate in modo che sia possibile trasportarle anche alle case delle pazienti (si possono provvedere, secondo Apostoli presso il Gaiffe a Parigi, e secondo l' Engelmann presso l'Hirschmann a Berlino. Non è necessario un commutatore: i fili conduttori è meglio siano ben rivestiti con tubi di gomma a diversi colori (come quelli di Reiniger in Erlangen).

Se si deve eseguire una puntura, come p. es., nell'ooforite cronica, allora il processo è il seguente: la posizione dell'ovaio viene fissata in modo esatto sulla scorta del dito, si preme la canna isolante contro il punto e traverso a questa si spinge l'ago alla profondità desiderata, al massimo un centimetro, direttamente nel luogo ammalato. Più profondamente, come eseguiva l'Apostoli dapprima, è pericoloso ed inutile. La forza della corrente deve venire in questo caso elevata soltanto a 30 od a 40 m. a. al massimo; la durata di 2 o 3 minuti e quindi disinfezione accurata, tampone, riposo a letto per 1 o 2 giorni.

Il materiale usato per gli elettrodi differisce secondo gli sperimentatori e mentre l'Apostoli raccomanda come migliori per gli elettrodi esterni le focaccie di creta da modellatore perchè si adattano nel modo più preciso sulla pelle, G. Engelmann (S. Louis) si serve di un elettrodo che consta di una sottile placca di zinco forato ricoperta da pelle di guanto. Fra lo zinco e la pelle si trova uno strato di esca. L' impiego della placca deve essere secondo F. Engelmann (Kreuznach) più doloroso che quello della focaccia di creta, ed inoltre la pelle diventa in causa della continua umidità rigida e fragile. Franklin H. Martin (*Ref. in Centr. bl. für Gyn.,* 1887 N. 28, e 1888 N. 12), sostituisce la focaccia di terra, poco pulita, con una larga ed incavata placca di metallo, la quale viene coperta con una membrana animale e riempita d'acqua calda o di soluzione salata.

Bröse (Berlino) usò (*Ref. Centr. bl. f. Gyn.,* 1880, N. 16), in luogo delle placche di argilla dell'Apostoli, grosse placche di piombo rivestite di esca e ricoperte di tela: queste ultime usò anche l' Orthmann nella clinica di Martin in Berlino.

Come elettrodo endouterino serve una sonda di platino di 5 mm. di spessore formata come una delle solite sonde senza curvatura. Benedikt dice che l'Apostoli

adopera erroneamente una sonda curva. La parte di sonda o d'ago che non si trova nell'utero o nei tessuti, si deve proteggere con una canna mobile di gomma indurita, di celluloide, o di vetro, la migliore perchè la più pulita. In luogo del platino si sostituisce carbone quando si usano correnti forti, e queste sonde sono di diverso spessore, lunghe all'incirca 4 cent. Altre forme di elettrodo sono quelle a sfera che si ricoprono con ovatta per non cauterizzare la mucosa vaginale; a questo scopo si possono anche spalmare con glicerina ammenochè non si preferisca l'uso dello speculum. Così preparati, questi elettrodi vengono spinti fino alla volta vaginale, e trovano indicazione nelle malattie degli annessi. L'Apostoli ha ora sostituito all'applicazione vaginale la puntura. Devesi inoltre accennare alla sonda bipolare endouterina, mediante la quale i due poli, l'un dall'altro divisi, vengono introdotti nell'utero, alle sonde bipolari vaginali, in comunicazione con una corrente faradica, per le nevralgie ovariche, le quali nella cauterizzazione della cervice sono senza grande importanza. Franklin H. Martin dice: (*Journ. of the Amer. med. assoc.*, 1886, luglio 17, *Ref. Centr. f. Gyn.*, 1887, 2): «il polo negativo viene collegato ad elettrodi diversamente formati: quelli in forma di bastone o di palla per la vagina, di oliva per il retto, di scodella per accogliervi la porzione vaginale, di ago come sonde per l'utero.» Queste ultime il G. Engelmann e dopo di lui il Bröse, l'Orthmann, ecc., fanno fabbricare di alluminio anzichè di platino: non devono essere però abbastanza resistenti pel polo positivo.

Per raccogliere ancora una volta e riunire i punti più importanti del metodo Apostoli, sono i seguenti:

1. Impiego di correnti di grande forza.
2. Esatta misurazione della corrente mediante il galvanometro.
3. Introduzione di un polo nel tessuto ammalato. Rimangono qui ad aggiungere brevemente i differenti tecnicismi.

Il Freeman (*Ref. im Centr. Bl. f. Gyn.*, 1887, N. 2), si serve di forti correnti e di aghi di cui introduce l'uno traverso l'orificio nell'utero e nel tumore mentre infigge l'altro al di fuori nelle pareti addominali.

E. Gehrung (St. Louis, *Ref. im Centr. Bl. f. Gyn.*, 1889, N. 20), introduce nel tumore in luogo dell'ago un trequarti per guidare all'infuori i liquidi che si formano (egli ammette che da un fibromioma si sviluppi un cistofibroma). Kimball e Cutter infiggono dalle pareti addominali nel tumore due punte acute. Franklin H. Martin usa una batteria di 150 elementi Daniel e regola la intensità della corrente secondo la superficie dell'elettrodo uterino: se questa superficie è di due centimetri quadrati la corrente deve essere di 50 m. a. non è necessario andare oltre i 100 m. a. In altro posto (*Ref. Cent. Bl. f. Gyn.*, 1888, N. 26), osserva il Martin di avere altre volte impiegato correnti di 1000 (!) m. a.

Steavenson consiglia in luogo dell'elettrodo di platino la punta di rame più pieghevole cui aggiunge un pezzo di platino di un cent. e si manifesta contrario

alla galvanopuntura. La batteria di Cutter, modello Stöhrer, consta di otto paia di lamine di zinco e carbone: tutta la batteria forma un unico grande elemento: gli elettrodi sono punte di acciaio foggiate a pugnale.

La batteria di Semeleder (Messico) è secondo il modello di Callaud di 12 elementi di zinco e rame uniti a catena, « raramente più di 6 elementi. » Come misura della forza impiegata serve la sensazione che producono i due poli sulla lingua e la resistenza dell'ammalata. Gli elettrodi sono aghi d'acciaio, della robustezza di aghi da calze; l'uno viene introdotto nel tumore e si collega al polo negativo, e la corrente viene chiusa sull' addome con un elettrodo indifferente di carbone coperto da pelle di cervo e inumidito con acqua salata. L' operazione si fa senza anestesia.

Una particolare menzione merita ancora la cosidetta elettromedicazione di G. Engelmann (*Ref. Centr. Bl. f. Gyn.*, 1887, N. 52), cioè l'impiego di medicamenti i quali mediante la corrente elettrica vengono scomposti in modo da liberare i loro componenti allo stato nascente nel luogo ove devono dispiegare la loro efficacia. Si tratta sopratutto del bromo e dell' iodio per la cura delle endometriti e dei gravi essudati.

Riguardo poi alle indicazioni del metodo nella terapia, si potrebbe veramente a mala pena trovare una malattia ginecologica contro la quale in qualche guisa non sia stata ed inoltre non sia per essere usata l'elettricità: e R. Bigelow (*Amer. jour. Obstr.*, 1887, juli), così si esprime: « Conosco pochi mezzi tanto giovevoli nella pratica ginecologica quanto l'elettricità ed il massaggio » e più tardi: « La elettricità nell' una o nell'altra forma è la medicina dell'avvenire. » Questo conferma egli nella sua opera comparsa nel 1889 nella quale egli si associa onninamente all'Apostoli.

Secondo P. F. Mundè e numerosi altri autori americani, tutte le malattie degli organi sessuali, eccetto i tumori maligni e le affezioni dei genitali esterni, offrono indicazione per l' impiego del metodo descritto: nelle anomalie della mestruazione viene assai apprezzato l'uso della corrente galvanica che giova il più spesso quando gli altri metodi fallirono completamente: così G. Engelmann (S. Louis) lo dichiara il metodo per eccellenza nella amenorrea (10-20 m. a.), mentre anche il Rockwell la raccomanda, però solo per gli individui pletorici, non mai per gli anemici.

Contro la dismenorrea l' elettricità era già stata prima raccomandata da T. Möbius (*Deut. med. Wochenschr.*, 1880, N. 26), come anche dal Bayer (*Zeit. f. Gyn. und Geb.*, XI, 1). Anche per questa malattia raccomanda caldamente la corrente costante G. Engelmann, che ne ottenne (40 m. a.) lo stesso effetto che da una iniezione di morfina come il Rockwell, il Fry (Washington), il Playfair (100 m. a.), l' Onimus.

L'azione calmante della corrente faradica nelle nevralgie ovariche fu già

mentovata: anche qui G. Engelmann ed Apostoli, coi loro seguaci tutti, si profondono in lodi. G. Engelmann e H. Martin ne bandirono inoltre i buoni effetti contro il prurito vulvare. Nello stesso modo ne fu già riconosciuta da G. Engelmann (20-100 m. a.), da Steavenson (5 m. a.), e da Fry, nonchè da molti altri l'utilità nella cura delle stenosi del canale cervicale e della loro conseguenza, sterilità.

In favore del metodo nelle alterazioni di posizione dell'utero parlano lo Smith (Montreal), Franklin, Martin, Mundé (se fallirono gli altri mezzi), Tripier (usa il pessario galvanico), G. Engelmann (fino a 100 m. a.), che usa pessari e tamponi, ed ancora dopo il raddrizzamento, per ripristinare la tenacità dei muscoli utilizza la corrente elettrica mentre il Bayer ed il Playfair non ne videro l'applicazione seguita da alcun risultato. Nell'endometrite i risultati debbono essere sorprendenti secondo affermano Grandin e Playfair: il metodo deve bandire del tutto l'uso della curette, ed è controindicato dall'Apostoli soltanto nelle infiammazioni acute degli annessi uterini: nelle endometriti recenti bastano 5 sedute, nelle antiche ne abbisognano circa 30: il polo positivo viene adoperato solo per forti emorragie, e l'intensità della corrente raggiunge i 200 m. a.

Nella metrite cronica G. Engelmann utilizza la corrente galvanica come il mezzo più efficace e più calmante, mentre il Grandin ebbe migliori risultati nella subinvoluzione uterina che non nella metrite. Questa era particolarmente il primo obbiettivo della terapia elettrica (cfr. I Möbius, *Deut. Med. Uocheschr.*, 1880, N. 26: Walcher, *Centr. Bl. f. Gyn.*, 1885, p. 209: Lowenthal, *Naturforschevers zu Strassburg*). Per la para e perimetrite l'Apostoli stabilisce i seguenti avvertimenti (*Ref. im. Centr. Bl. f. Gyn.*, 1888, N. 30):

1. La corrente faradica calma i dolori ed abbrevia lo stadio acuto.

2. Nello stadio subacuto serve la corrente costante come galvanocauterio (10-20 m. a.)

3. Lo stadio cronico si combatte vantaggiosamente colla galvanopuntura, ma non troppo profonda se l'impiego endouterino di forti correnti non conduce rapidamente allo scopo (250 m. a.)

Anche Martin (Chicago) impiega forti correnti e preme la placca positiva sull'utero, mettendo l'elettrodo vaginale congiunto col polo negativo in sulla volta vaginale in corrispondenza colla massa da fondersi. Ugual metodo (*Ref. Centr. Bl. f. Gyn.*, 1887, N. 2), usa egli nelle ovariti e salpingiti croniche, e per questo anche da altri vengono comunicati molti risultati favorevoli. G. Engelmann usa sulla volta vaginale l'elettrodo negativo in forma di palla (20-80 m. a.), mentre l'Apostoli raccomanda la punzione nel punto più prossimo al focolare dell'infiammazione (80-100 m. a.), e recentemente l'impiego del polo positivo alla parte interna (*Ref. Centr. Bl. f. Gyn.*, N. 44), come pure nell'idro-pio-salpinge (apertura coll'elettro-ago-puntura), e nelle piccole cisti ovariche.

L'Apostoli descrive anche recentemente (*Ref. Centr. Bl. f. med. Wiss.*, 1889, N. 30), un caso di idrosalpinge destra con salpingite sinistra curato felicemente in due sedute (150 m. a.), ed aggiunge inoltre che infiammazioni acute febbrili, se non hanno ancor dato esito a pus, vengono trattate con buon esito mediante la corrente galvanica, la quale secondo le ricerche proprie e del Laguerrière agirebbe con forza antisettica uccidendo i germi.

Nella cura dei cistomi ovarici pare che il Benedikt (*Berl. Klin. Woch.*, 1888, N. 30), il Mundè ed il Semeleder (Messico, *Wiener Klinik*, heft. 10, 1888), non abbiano trovato finora seguaci, per quanto l'ultimo, in polemica piuttosto che animata, rabbiosa, ne raccomandi caldamente l'impiego e si associ per intero al giudizio di Mundè che i primi 50 casi di ovariotomia non diedero alcun caso così favorevole come quelli trattati coll'elettrolisi (67, 5 Proc. di guarigioni). Coi principi della scienza e della ginecologia che negano l'efficacia curativa della elettricità nelle cisti ovariche, il Semeleder non vuole discutere!

Rimane ora ad osservare l'impiego della elettrolisi nei miomi intorno alla quale già da molti anni si fecero discussioni molteplici animate ed in parte anche violente.

In modo principale hanno investigato il metodo il Cutter nel 1871, poi il Brown nel 1873, il Kimball nel 1874, G. Thomas nel 1876, il Semeleder nel 1876 (*Wiener med. Presse*). I meno incoraggianti risultati pubblicò anzitutto il Cutter nel 1887 nel *The amer. jour. obstetr.* (febr.) (*Ref. Centr. Bl. f. Gyn.*, 1888, N. 5).

In Inghilterra annunciarono alcuni casi già fin da prima del tempo di Apostoli, Althaus nel 1872, Routh, Everett e parecchi altri. In Germania un caso con favorevole risultato, indipendentemente dall'Apostoli, fu annunciato dallo Zweifel nel *Centr. Bl. f. Gyn.*, 1884, N. 50 (più tardi rettificò egli il proprio giudizio) ed il Bayer comunicò anche un caso. La nuova era di questa cura ha però principio soltanto colla pubblicazione del metodo Apostoli. Secondo lui l'efficacia consiste nel rimpicciolimento verificabile per lo più dopo alcune sedute, altrimenti nel corso della cura. Questo impicciolimento permane anche dopo la cessazione delle sedute e raggiunge circa un quinto o metà della grossezza originale del tumore. Colla diminuzione di volume esso diviene più mobile, ed i disturbi da pressione, le nevrosi riflessi, le emorragie, scompaiono nel 95 per cento dei casi e quasi tutte le donne si sentono, malgrado la persistenza del tumore, durevolmente guarite. Assai raramente il metodo fallì nei casi complicati ad ascite, nell'isteria ed in tre cistofibromi. Dal 1882 fino al luglio 1887 (relazione al Congresso di Dublino), l'Apostoli impiegò 5201 volte la corrente galvanica per lo più endouterina in 12 diverse malattie ginecologiche, e 440 volte la galvano puntura su 403 ammalate. Due casi di morte, che si debbono mettere a carico di diagnosi errata (un caso di cisti ovarica suppurata, uno di puntura troppo profonda) sono i soli che si debbono deplorare. La perimetrite, che si manifestò in principio dieci volte, era conseguenza

di deficiente antisepsi e di uso incauto di correnti troppo forti: fra le ammalate se ne trovavano 278 con miomi. Nella discussione, e più tardi, dopo alcune visite all'Apostoli, raccomandarono il metodo Th. Savage (Birmingham, *Ref. Centr. Bl. f. Gyn.*, 1888, N. 5), Playfair (*Ref. Centr. Bl. f. Gyn.*, 1888, N. 44), Spencer Wells (*Ref. Centr. Bl. f. Gyn.*, 1889, N. 3), Keith, sen. e jun., e più tardi il Routh, il Duncan, il Steavenson. Skene Keith (Edimburgo, *Ref. Centr. Bl. f. Gyn.*, 1888, N. 23), nota che i tumori duri hanno maggiore tendenza ad impicciolirsi che non i molli.

Lawson Tait attaccò vivacemente il metodo, tuttavia dopo la pubblicazione di Th. Keith, che lo raccomandava caldamente, notò che, dopo tale testimonianza, lo si doveva provare, e vedere quali difficoltà si opponessero alla attuazione: nella associazione medica britannica egli si schierò energicamente contro la cura elettrica dei fibromi.

In una discussione successiva fatta alla Società ostetrica di Londra (giugno del 1888) il Playfar richiamò l'attenzione sui criterii coi quali taluni si uniscono agli oppositori del metodo.

Nella Società ostetrica di New-York (*Centr. Bl. f. Gyn.*, 1887, N. 2, Ref. 1888, N. 9), lo Sims si pronuncia in favore, l'Emmet contro questa cura.

Il Martin (Chicago) ne è un forte sostenitore; osserva però che i tumori, dei quali si era osservata una diminuzione, avevano raggiunto solo il volume di un arancio. Egli descrive (*Centr. Bl. f. Gyn.*, 1887, N. 28), tre metodi di impiego dei fibroidi: 1° galvanocaustica endouterina, 2° galvanopuntura negativa della porzione cervicale per formare un canale artificiale in luogo di quello chiuso del tumore, e 3° la galvanopuntura extra od intraperitoneale per l'azione elettrolitica sui fibromi sottoperitoneali.

Nel Congresso ginecologico americano di Washington, 1888, von de Warker parla dei pericoli dell'operazione per la formazione di ascessi specialmente nei cistofibromi, alla quale opinione sottoscrivono parecchi.

In Francia il metodo assai recentemente fu più volte oggetto di discussione nella Società chirurgica di Parigi (cfr. la *Semaine médicale*, 1889, N. 25, 26, 27, 32 e 39), dove il Lucas Championière si dichiarò favorevole alla cura elettrica dei fibromi se la menopausa sia vicina, il Bouilly per la cura da un punto di vista sintomatico ed altrettanto lo Schwartz, il Kirmisson, il Segond, Le Dentu, Trélat, Berger, Nicaise, il quale ultimo non crede però ad un effetto atrofizzante della elettricità sui fibromi. Terillon e Polaillon osservano che le emorragie cessano ma ricominciano dopo la sospensione della cura: le emorragie cesserebbero sempre in queste pazienti coll' uso di mezzi acconci, dato anche che esse non si sospendessero spontaneamente. Delétang (Nantes) loda qualche improvvisa scomparsa delle emorragie (cfr. anche il di lui lavoro nella *Gazz. Medica* di Torino, 25 dic., N. 35), e nel medesimo giornale si trova uno scritto del dott. G. Berutti (To-

rino), raccomandante il metodo che egli studiò personalmente presso l'Apostoli. Nella seduta di luglio 1889 a Parigi, il Després parlò favorevolmente, sostenendo che la corrente galvanica produceva crisi favorevoli provocando l'emissione di liquidi dall'utero: queste crisi e la perdita di liquido ponno perdurare richiamando stati di anemia sufficientemente gravi. Nell'ultimo Congresso chirurgico francese in Parigi (7-13 ott. 1889, *Ref. la Sem. Med.*, 1889, N. 44), il Le Bec parla sul metodo pretendendone per sè la priorità e la paternità.

Rimangono ancora da esaminarsi le opinioni dei tedeschi intorno a questa questione: in certa guisa esse sono già state trattate sotto un punto di vista generale. Il primo che raccomandò istantemente ricerche sulla introduzione della elettricità in ginecologia fu in Germania G. Engelmann (S. Louis), colla sua relazione alla Società ostetrica di Berlino (13 aprile 1888., cf. *Ref. in Centr. Bl. f. Gyn.*, 1888, N. 19, e *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, XV. 1, 1888, p. 198). Lo avevano preceduto alcuni brevi scritti di Droste (*Elettroterapia in ginecologia specialmente nelle nevrosi.* Disc. inaug., Würzburg: in due casi di dismenorrea nevralgica in causa di precedenti infiammazioni ovariche, la corrente faradica aveva giovato), di Reimann (*Su nuovi metodi di cura elettrica in Francia*, Frauenarz, 1887, 29), il Clemens (*Allgem. med. Centralzeitung*, LVI, 83, 1887), raccomandava, come già trent'anni prima, la elettricità, per opera della quale egli aveva guarito gravi prolassi uterini. Non è necessario che noi ci addentriamo ad esaminare il lavoro dell'Engelmann, perchè già in gran parte questo fu fatto nelle precedenti comunicazioni; si noti soltanto che Engelmann annuncia che non si tratta dell'effetto imprecisato della corrente intrapolare, ma che risultati positivi si ottennero colla azione visibile del polo attivo nell' uno o nell' altro tessuto ammalato. Egli non considera la elettricità in ginecologia come specifico o come mezzo universale, ma come un complemento del nostro armamentario, come un mezzo curativo efficace che, date certe indicazioni, si deve usare come aiuto precipuo o secondario: è controindicato solo nella idiosincrasia.

La più prossima notizia si trova nella *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1888, N. 30. per parte del Benedikt (Vienna), sulla elettroterapia delle malattie uterine. Egli in principio osteggiò vivamente il metodo Apostoli che ora favorisce coll'Engelmann. Il risultato gli mancò nei casi di mioma dell' utero, per cui egli modificò il metodo: colloca sull' addome una pezzuola inumidita, e vi applica al disopra, e precisamente in punti differenti, un largo reoforo. Raccomanda il metodo della agopuntura col quale egli ottenne in breve tempo, nei casi di mioma, miglioramenti delle emorragie e dei dolori. Se il tumore torna a crescere si deve ricominciare la cura. Osserva anche il Benedikt che appunto la cura elettrolitica delle cisti ovariche va incontro ad un fiorente avvenire.

Del lavoro di Semeleder pubblicato nella *Wiener Klinik*, 1888, N. 10, si è già parlato. — Un'altra lancia in favore dell'Apostoli rompe il Nöggerath nei

suoi lavori sulla teoria e sulla pratica della cura elettrica dei fibroidi dell' utero (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 1889, N. 8, 9, 24, 25 e 26). Egli andò per istruirsi dall'Apostoli, che celebra come un clinico attivo ed un sapiente e calmo diagnosticatore. Egli dice che intendendo per guarigione la scomparsa dei miomi, neppure un solo caso fu guarito: per converso scompaiono i dolori, ritorna il senso di forza e di benessere, ritorna la capacità al lavoro, cessano le emorragie, l'accrescimento cessa ed il tumore impicciolisce fino alla metà in quasi tutti i casi. Il rimprovero della lunga cura non ha valore, respinge come erronea l'affermazione della grande dolorabilità, combatte gli appunti fatti dal Benedikt al metodo di Apostoli e lo descrive molto esattamente con figure dell'armamentario aggiungendo comunicazioni proprie e d'altri medici sui risultati.

Più tardi l'Orthmann (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1889, N. 21 e 22), comunica dalla clinica di Martin le esperienze fatte da loro: il metodo si accosta a quello di G. Engelmann, di cui si utilizzò l'armamentario. La introduzione dell'elettrodo endouterino riesce nel miglior modo nella cannula o nello speculum bivalve (al contrario di ciò che fa l'Apostoli che, come fu detto, respinge l' uso dello speculum), ed inoltre verrà facilitato dalla uncinazione del labbro anteriore del collo. Tutti gli elettrodi si useranno con manico comune. In 95 casi curati 36 volte, l'impiego fu diretto contro la perimetrite (per lo più complicata con endometrite cronica o retroflessione uterina), col polo positivo della corrente costante, e negli essudati antichi coll'elettrodo vaginale a sfera. — La guarigione completa seguì una volta, 24 volte miglioramento forse soltanto passeggero, 11 volte non si ebbe alcun risultato. In 12 casi di parametrite cronica l'Orthmann non ottenne alcuna guarigione, in 8 casi miglioramento per cessazione dei dolori: su 5 casi di essudato parametritico, in 3 miglioramento, in uno nessun risultato, in uno peggioramento. Su 6 pazienti con ooforite cronica, perioofórite e salpingite, una volta quasi guarigione, tre volte grande miglioramento, una risultato nullo, una peggioramento (la laparotomia consecutiva dimostrò salpingite purulenta ed ascesso ovarico). Molto caldamente raccomanda l'Orthmann questo metodo nella dismenorrea (elettrodo negativo a sonda nell'utero, 30-50 m. a.), nella quale egli osservò sei volte, guarigione della stenosi e in altre notevole miglioramento, e nella amenorrea, mentre non ha alcuna esperienza sul valore del metodo nei miomi, e fino ad ora potè constatare soltanto una sosta nelle emorragie. Un altro relatore intorno alla cura elettrica in ginecologia, noi troviamo nel Bröse (Berlino). Già in occasione del lavoro di Engelmann (1888), il Bröse aveva annunciato come egli, indipendentemente dall'Apostoli, avesse usato la corrente costante in ginecologia specialmente per la cura dei miomi uterini con correnti assai deboli, di 20 m. a. al massimo, per opera delle quali egli aveva già ottenuto forti contrazioni uterine e quindi risultati; una volta però egli vide manifestarsi peritonite settica. Nella sua relazione sulla elettroterapia in ginecologia fatta alla Società ostetrica

di Berlino (8 marzo 1889, *Deut. med. Wochenschr.*, 1889. *Ref. in Centr. f. Gyn.*, 1889, N. 16), egli si avvicina ancor più al metodo Apostoli, che ha seguito esattamente e descrive la tecnica e gli strumenti costruiti dall'Hirschmann in Berlino secondo le indicazioni di Engelmann. Egli trattò sette casi di miomi e si ebbe sollievo dalle emorragie e dai dolori, impicciolimento del tumore fino ad 1/3. La galvanopuntura egli vorrebbe effettuare sempre col polo negativo (20-30 sedute), ma non ha alcuna esperienza. — Nelle endometriti impiega la galvanocaustica chimica positiva: però pensa che le pazienti si possano rendere sterili in causa delle cicatrici conseguenti alla causticazione della mucosa. Un essudato di parametrite scomparve dopo 3 sedute, 3 di perimetrite furono egualmente riassorbiti, due divennero più piccoli e si sottrassero quindi alla cura; una volta subentrò diminuzione di volume fino alla metà. Il metodo è veramente utile nelle stenosi cervicali e nelle turbe della menstruazione. Risultati assai buoni ebbe il Bröse nella costipazione abituale dalla corrente galvano-faradica forte (anode sull' addome, catode sulla regione lombare). Nella discussione consecutiva l' Olshausen ritiene la cura elettrica dei miomi e degli essudati pelvici come un tentativo raccomandabile, non la approva però nella dismenorrea, nella quale l'uso della sonda avrebbe gli identici risultati, cosa che è negata dal Düvelius. Di uguali vedute che l'Olshausen è il Nagel della clinica di Gusserow, il quale ritiene convenientissimo l'uso della sonda nella dismenorrea, amenorrea e stenosi cervicale. Favorevoli risultati egli ottenne negli stati infiammatorii cronici del bacino, ma soltanto non in quelli dipendenti da causa gonorroica. Nei miomi egli ha osservato soltanto in alcuni casi miglioramento delle emorragie e dei dolori: ha impiegato sempre il polo negativo per la via vaginale, cosa che non è approvata dal Bröse, perchè in tal modo si formano ulcerazioni della vagina; annunzia anche che per la dilatazione del canale nelle stenosi bisogna usare il catode perchè l'anode agisce oppostamente.

Von Winckel e Dührssen parlano della cura elettrica della dismenorrea. Riguardo ai miomi il Dührssen, in mancanza di esperienza propria, si riferisce a Holiday Croom che trovò miglioramento solamente durante la cura, fatto che egli stesso verificò in un caso di ooforite. In un altro lavoro pubblicato nella « Raccolta naturalistica di Heidelberg, » 1889 (*Ref. Centr. Bl. f. Gyn.*, 1889, N. 42), il Bröse deplora il trattamento poco benevolo fatto alla elettroterapia nella ginecologia tedesca. Egli impiega attualmente correnti provenienti da rocchetti con filo sottile e molti giri, perchè queste correnti stanno a tensione più alta che non quelle provenienti da grossi fili: su 25 casi di ovarite e periovarite, egli ne ha guariti durevolmente 21, due sono migliorati e due sono tuttora in cura (anode in vagina, catode sull' addome, non forte corrente). Nella subinvoluzione la corrente faradica agisce mediante l'eccitamento delle contrazioni uterine.

In ultimo W. Fischel (*Prager. Med. Wochenschr.*, 1889, N. 24) comunica un

caso di mioma da lui curato colla elettrolisi: il tumore fu espulso senza però che il Fischel dica se ciò fu in causa della cura elettrica: non osservò mai contrazioni uterine come il Bröse. Come buon risultato ritiene egli la cessazione dei dolori e ritiene che i miomi siano fra i tumori, i più accessibili alla cura elettrica. Molto caldamente parla di Apostoli e del di lui metodo F. Engelmann (Kreuznach) nei suoi due lavori: « Una visita ad Apostoli » (*Centr. Bl. f. Gyn.*, 1889, N. 25), e « L'elettricità in ginecologia » (*Arch. f. Gyn.*, XXXVI, 2). Egli descrive l'Apostoli come un onesto indagatore con nozioni vastissime e dice che gli oppositori del metodo o non lo hanno esperimentato del tutto od in un modo affatto insufficiente, ed espongono il loro giudizio in vista di osservazioni teoretiche o di casi infelicemente decorsi, per cui non il processo, ma l' inesperienza o la negligenza degli operatori si deve incolpare. Questo egli cerca di provare colla letteratura accennata di cui non abbiamo notati taluni punti e cerca di tracciare la via fra gli oppositori ed i fautori del metodo, raccomandando l'attenta osservazione individuale. Riassume il risultato dei propri studii nelle seguenti proposizioni: 1) L'influenza del metodo Apostoli sulle emorragie è oltremodo favorevole; 2) Lo stato generale viene notevolmente migliorato, oltre al miglioramento per ciò che riguarda le emorragie e la dolorabilità, pare che l' effetto eccitante ed energico della corrente costante eserciti una certa azione; 3) Diminuzione dei dolori e dei fenomeni di compressione (in conseguenza del rimpicciolimento del tumore).

L' Engelmann ritiene il metodo degno di essere seguito nell' isteria, specialmente nella isteronevralgia, in tutte le forme di dismenorrea, nella amenorrea, nelle stenosi cervicali, nelle infiammazioni croniche delle ovaie, nella metrite e nella subinvoluzione, e sopratutto nella endometrite, dove il metodo promette i più grandi risultati. È dubbio invece nelle parametriti, come nelle salpingiti e nelle ooforiti; non è da adottarsi nelle alterazioni di posizione. Si deve però cercare una più prolungata esperienza ed una cura attenta nei miomi.

Lo Zweifel si è espresso recentemente contro la cura elettrolitica dei miomi (« Il trattamento del moncone nella miomectomia, » per R. Zweifel, Stuttgart, 1888, p. 32). Egli si riferisce a due casi precedentemente da lui pubblicati aggiungendone un terzo nel quale ha impiegato, senza visibile effetto, la corrente elettrica (catode senza dubbio in vagina anzichè nell'utero), e dichiara che egli stesso si è adirato contro la sua molto riservata raccomandazione della elettrolisi per casi giudicati inoperabili perchè i tumori entro un anno ricominciarono a crescere. Zweifel osserva inoltre: « Se Apostoli del resto si dichiara maestro di elettroterapia, diventa arrogante: ciò che egli ha trovato od importato si riferisce a miglioramenti di valore assai modesto; così la misurazione della forza della corrente al galvanometro introdotta anche da noi; se egli dice che i suoi grossi elettrodi a focaccia di argilla non producono alcun dolore, io lo contraddico: il dolore viene sentito a seconda degli individui assai diversamente, tuttavia tutti se ne lagnano

a sufficienza. Io ripeto intorno ad Apostoli il mio giudizio: « Tutto e ciascuno curare con un unico metodo, sia questo l'elettrolisi od altro, è cosa affatto empirica. » In ultimo v'ha ancora il lavoro di Möbius (*Schmidt's-Jahrbüchern speciell.* im 1, Band. 1889, p. 90-93), dove si trovano alcune indicazioni della letteratura straniera intorno alla elettroterapia (cfr. anche *Frommel's Fortschritte und Jahresberichte*, 1887), che noi non possiamo esaminare essendone assai spesso identico il contenuto.

Un più lungo commento io non voglio fare a ciò che ho esposto: la questione intorno al metodo Apostoli è, almeno in Germania, ben lungi dall'essere chiusa. Raccomandato per molte sofferenze ginecologiche, conserva il proprio alto dominio nella cura dei miomi. Qui non si deve dimenticare che l'ergotina ebbe frequentemente buoni risultati, che l'estratto di hydrastis canadensis recentemente raccomandato diede eccellenti risultati nelle emorragie e dimostrò talora anche impicciolimento del tumore: se i miomi non iscompaiono dopo l'uso dell'hydrastis non iscompaiono nemmeno dopo la elettrolisi, e solo A. Victoria Scott di Filadelfia (*Ref. in Centr. Bl. f. Gyn.*, 1888, N. 45), ammette questo fatto. Anche il raschiamento arresta, e talora in modo durevole le metrorragie e le menorragie da miomi.

Recentemente il Rünge (*Arch. f. Gyn.*, Band. XXXIV, Heft. 3), ha pubblicato le proprie esperienze secondo le quali le emorragie da miomi si arrestano quando si raschii con precauzione ma esattamente l' utero, e si facciano seguire nelle prossime settimane iniezioni di tintura iodica colla siringa di Braun. Il Rünge è così contento di questo metodo che dichiara di non volere mai più intraprendere una miomotomia in causa d'emorragia senza avere prima esperimentato la virtù emostatica della cura in questione.

Colla conoscenza man mano crescente del metodo Apostoli, lo si deve sperimentare nei casi dove l' ablazione del tumore non è possibile od ha prognosi infausta, dove si deve evitare anche la castrazione, quando l'ergotina o l'hydrastis fallirono. — Se la cura operativa è di urgente necessità, l'elettrolisi non la potrà di troppo prorogare.

Dott. R. Polacco.

RASSEGNA OSTETRICA

Tito Spannocchi. — **Contributo alla casistica delle gravidanze in donna vergine.** — Dal *Raccoglitore Medico*, 10-20 maggio, 1890.

Partendo dal fatto che l'imene non è sempre il simbolo della verginità, passa in breve rassegna la molteplicità delle forme della membrana imene, facendo notare come per la sua resistenza, o per sottigliezza del pene, essa può anche non lacerarsi durante il coito. Cita in proposito parecchi casi. Spallanzani, Hunter, Marion Sims, e da ultimo il Mantegazza dimostrano con esperienze che la unione materiale dei due sessi non è assolutamente necessaria per la umana generazione. L'A. è d'avviso che si può formulare la legge fisiologica che: fecondazione può avvenire per sola deposizione dello sperma nell'atrio vaginale, venendo così l'atto della fecondazione ridotto alla semplicità delle classi animali inferiori (pesci). Indi è esposta la storia di una ragazza, gravida ad onta che offrisse i genitali cogli attributi di indiscutibile verginità. Essa aveva concesso più volte all'amante di soffregare il pene contro i propri pudendi esterni, nè di più gli aveva accordato, non di più cercando l'altro sino alla eiaculazione completa dello sperma ed alla soddisfazione dell'estro venereo per parte di essa pure.

Decio.

G. Giglio. — **Sul passaggio dei microrganismi del tifo dalla madre al feto.** — *Bollettino della Società d'Igiene di Palermo.* Aprile 1890.

L'A. dopo aver brevemente accennato alla scarsezza di lavori pubblicati sull'importante argomento, dà un rapido sguardo alla letteratura italiana e straniera, facendo rilevare le controversie sorte fra Eberth, Chantemesse, Vidal ecc. sullo scambio eventuale che può nascere tra il bacillo vero del tifo e le specie affini, (similtifo) che appartengono ad agenti della putrefazione. Passa quindi ad esporre un caso clinico occorsogli nella pratica privata e dal quale trasse il materiale di esperimento. Egli, avuto un feto trimestre da madre tifosa, postolo subito in

alcole assoluto, indi sezionato con istrumenti sterilizzati, trovò che l'esame microscopico dei visceri fu negativo, come pure quello microscopico istituito sul sangue. Pose in seguito alcuni pezzetti di fegato e di milza e lievi quantità di sangue in tubetti con gelatina sterilizzata, ed ottenne con successive colture frazionate, un bacillo identico a quello del tifo descritto dall'Eberth. Le colture furono ottenute in gelatina semplice e nella colorata, nel brodo incoloro, nel latte e sulle patate. Accanto a tali esperienze fatte col materiale dell'aborto, ne istituì altre di confronto con materiali di coltura avuti dal sangue di un tifoso. Tra le colture dell'aborto e quelle di confronto non furono apprezzate che differenze trascurabili e che non poterono infirmare la identità del bacillo. Istituì pure ricerche microscopiche sui visceri del feticino con diversi metodi di colorazione, sempre ottenendo risultati negativi, ma non così fu dell'esame della placenta, la quale rilevò la presenza del bacillo. A controprova di queste ricerche istituì pure esperienze sopra conigli e sopra cavie pregne, inoculando ora il bacillo isolato dall'aborto umano, ed ora il bacillo dell'ileo-tifo, dalle quali fu tratto a concludere:

1. Il potere piogeno del bacillo.
2. La interruzione della gravidanza per azione del bacillo isolato dall'aborto umano non che da quello dell'ileo-tifo.
3. Dubbio il potere patogeno non avendo avuto che incerti risultati.
4. Il passaggio del bacillo dalla madre al feto.

Decio.

E. Pestalozza. — **Fibromi d'utero e gravidanza.** — Dissertazione presentata pel conseguimento della libera docenza in ostetricia e ginecologia. Pavia, Tip. Fusi, 1890.

L'A. tratta dapprima la quistione del rapporto dei fibromi colla sterilità della donna, ed annovera la sporgenza in cavità, la conseguente deformità del lume di essa cavità non solo nei fibromi sottomucosi, ma altresì negli interstiziali, la copia delle emorragie, il profluvio leucorroico come cause capaci di ostacolare meccanicamente la fecondazione. Parla delle endometriti ghiandolari ed interstiziali (Wyder), che s'accompagnano spesso ai fibromi, della ostruzione dell'orificio tubarico per opera del neoplasma, e dei turbati rapporti fra ovaio e tuba creati da complicazioni perimetritiche. Accenna alla ascite eventualmente complicante i fibromi come causa di sterilità, e spiega ciò col turbato movimento delle ciglia degli epitelii (Becker) per opera della libera raccolta peritoneale.

Giovandosi del materiale raccolto nella Clinica Ticinese, studia il modo di comportarsi dell'ovaio nei fibromi dell'utero, e viene a concludere che spesso alterazioni estrinseche all'ovaio disturbano la escrezione della ghiandola sessuale e

la deiscenza del follicolo, ma ciò non basta, perchè l'ovaio in caso di miomi con grande frequenza va incontro ad alterazioni sostanziali della sua struttura, alterazioni microscopiche trovate dallo stesso Autore.

Passa quindi ad un altro lato della questione. Ad onta di un fibroma si avvera una gravidanza. Continua da parte del tumore l' opera distruggitrice sul prodotto del concepimento, o con tregua benefica gli concede un normale sviluppo? È d' avviso che la evoluzione regolare della gravidanza si deve osservare quanto più il tumore è lontano dalla cavità uterina, indi considera le diverse specie dei tumori e la loro localizzazione come causa di aborto. Cita parecchi casi in cui la gravidanza non fu interrotta sebbene l' utero albergasse multipli e voluminosi fibromi, e con materiale della clinica (3 casi) dimostra l'azione abortiva dei polipi, e si dichiara partigiano della opinione che la gravidanza possa essere disturbata dall'abnorme condizione dell'endometrio inetto ad una regolare trasformazione in caduca.

Tocca dei casi sparsi nella letteratura, in cui indubbiamente il fibroma causò gravidanza extrauterina per ragioni meccaniche, e di quelli in cui al fibroma si associava una viziata inserzione placentare. Riguardo alla complicazione della eclampsia, non esclude il dubbio potersi trattare di una pura coincidenza, quantunque ammetta la possibilità di una albuminuria meccanica, e di una nefrite da stasi. Indi si occupa delle modificazioni di sede del fibroma sotto l'influenza della gravidanza, espone dettagliatamente un caso di gravidanza condotta a termine, ad onta che un fibroma interstiziale del fondo e della parete posteriore avesse fatto volgere l'utero in retroversione, e nel quale spontaneamente accadde la riduzione dell'utero e del tumore nel nono mese di gravidanza, e ne studia le cause. Riferiti succintamente alcuni (12) casi di utero gravido fibromatoso retroverso sparsi nella letteratura, nei quali solo 4 volte la gravidanza giunse a termine, parla delle modificazioni di forma che spesso si associano a quelle di sede, citando un caso in cui potè seguire l' appiattimento del tumore durante la gravidanza. A tali cambiamenti crede contribuisca il fatto del rammollimento del tumore in gravidanza, e del crescere dello stesso.

L'A. passa quindi ad un'altra parte interessantissima: la gravidanza ha resistito, siamo al momento del parto; la prognosi è assai varia in questo istante decisivo secondo i rapporti esistenti. Per istudiare meglio la questione esamina partitamente il periodo dilatante, l'espulsivo e quello del secondamento. I tumori sotto-sierosi e sotto-mucosi non ispiegano, o quasi, influenza alcuna sulle contrazioni uterine, mentre una maggiore influenza perturbatrice la attribuisce agli interstiziali, specialmente se multipli, perchè disturbano il regolare decorso e funzionamento delle fibre muscolari. Nel periodo espulsivo le difficoltà che si oppongono al parto si riducono tutte a questioni meccaniche. Annovera la anormale presentazione creata dal tumore, e le difficoltà al parto, a presentazione nor-

male quando il tumore si spinga ad occupare lo scavo; ma per lo più la natura riesce a trionfare dell'ostacolo, sebbene spesso a spese di contusioni nel tumore e nelle parti molli che non lascian poi di produrre complicazioni in puerperio. Espletato il parto, anche il secondamento non corre liscio, e talora anche l' artificiale può trovarsi ostacolato, lasciando la donna in balia del pericolo di un arresto totale o parziale di placenta e di temibili emorragie specialmente nel caso in cui la placenta sia inserta sulla zona fibromatosa, o qualora la presenza del tumore impedisca una regolare retrazione uterina.

Esamina da ultimo il puerperio. Ammette per cause diverse la frequenza del decorso morboso, e si intrattiene su di un punto assai discusso nella storia dei fibromi in puerperio, cioè della possibilità di loro riduzione e perfino di una completa scomparsa, quasi compartecipazione fisiologica al processo involutivo dell'utero, concludendo per osservazione propria, che una regressione esiste.

Venendo poscia a parlare della cura, l'A. piglia di mira solo la complicazione del fibroma colla gravidanza, perciò la cura ginecologica passa in seconda linea di fronte alla cura ostetrica, e toccando di una cura profilattica crede dovrebbesi sconsigliare il matrimonio. Riguardo alla terapia diretta si deve intervenire durante la gravidanza, o si deve attendere il parto e regolarsi poi a seconda delle circostanze? L'aborto ed il parto provocato, la miomotomia in gravidanza, la amputazione sopravaginale dell' utero gravido coi miomi nel corso della gravidanza sono diligentemente studiati sotto varii punti di vista. Ammette l' interruzione della gravidanza qualora si possa stabilire in modo assoluto: 1) che la gravidanza non potrà raggiungere il suo termine, o per lo meno un' epoca in cui il feto sia vitale; 2) che la provocazione dell' aborto sia possibile; 3) che l' intervento non ingeneri un serio pericolo per la donna.

Crede che il parto prematuro per la eccessiva indeterminatezza nei limiti di sua indicazione sia un atto operativo insufficiente o superfluo, e perciò in tesi generale da rigettarsi. La demolizione del tumore nell' intento che la gravidanza abbia a continuare è un'operazione che non si può consigliare come applicazione generale, quantunque abbia razionali e talora vitali indicazioni (compressione per rapido sviluppo, peritonite). Riguardo alla amputazione sopravaginale dice che non deve essere praticata se non in casi di assoluta necessità, o quando non sia possibile rispettare l' utero gravido nella rimozione del tumore, come quella che sacrifica non solo la vita del prodotto del concepimento, ma altresì la fecondità della donna. Aggiunge che essa può essere di necessità quando intrapresa una laparomiomotomia in gravidanza, si venga a ledere l' utero e ad aprirne la cavità. Accennato di volo a qualche discreto risultato momentaneo avuto dall'ergotina e dalla terapia elettrica, consiglia il tentativo di riduzione, ogniqualvolta il tumore impegnato nello scavo dia luogo a fenomeni di incarceramento.

Rispetto alle cure da attuarsi durante il parto ecco come si esprime. Se si

tratta di ostacolo derivante da inerzia si dovranno aiutare con operazioni ostetriche manuali o strumentali le deficienti forze espulsive. Se si tratta di ostacolo di natura meccanica, si potranno sgombrare le vie pelviche colla riduzione del tumore ostruente, respingendolo sopra lo stretto superiore, ottenere l'ugual risultato colla ablazione del tumore, diminuire con atti embriotomici il volume del corpo fetale perchè possa superare la via ingombra, o nel duplice interesse della madre e del feto ricorrere al taglio cesareo sia classico, sia seguito da amputazione utero-ovarica.

A questo punto l'A. dichiara che in tesi generale si debba l'intervento limitare al solo taglio cesareo ostetrico, un intervento più attivo dovendo essere giustificato da assolute indicazioni vitali; ma la preferenza deve cadere sul metodo che risponda ad una indicazione più razionale e che garantisca migliore la prognosi. L' operazione demolitrice vanta successi alquanto migliori della conservatrice, a seconda di speciali circostanze dovrà scegliersi o l' operazione Porro od il metodo conservatore.

L' erudita dissertazione finisce coll' accenno alla condotta dell' ostetrico nelle emorragie eventuali post partum, ed alla possibilità dello snucleamento delle masse fibromatose aprofittando della momentanea ampiezza del lume vaginale, mostrandosi poco propenso l'A. ad accettare l' intervento laparotomico in puerperio, ma sibbene qualche mese dopo il parto.

Seguono le tabelle riassuntive dei casi di fibromi uterini curati nella Clinica ostetrica di Pavia dal novembre 1883 all'aprile 1889.

Decio.

Verrier. — **De l'hypnotisme pendant le travail de l'accouchement.** — *Bulletins et Mémoires de la société obstetricale et gynécologique de Paris,* N. 5, 1890.

Ricorda il lavoro d'Auvard sull' ipnotismo e sulla suggestione nel campo ostetrico, cita alcune nuove osservazioni e sottopone al giudizio della società un metodo di ipnosi inoffensivo, senza pericoli ed applicabile alle donne non isteriche.

Si tratta della fascinazione ottenuta cogli specchi ed usata in tre casi dal dott. Luys: il parto si espletò regolarmente e senza sofferenze. È richiesto un trattamento preparatorio per rendere agevole l'ottenersi la fascinazione che secondo il Luys sarebbe uno stato superficiale facile ad ottenersi, senza pericoli ed in rapporti assai lontani colla letargia, la catalessi ed il sonnambulismo.

Il dott. Fanton in alcuni casi ricorse al metodo d'ipnotizzazione che chiama *choréoptisme,* che si giova pure degli specchi, e che non è altro se non la fascinazione del soggetto: richiede l'abitudine al pari del metodo di Luys, e ne ha

comuni i vantaggi e l'innocuità. Ambedue questi processi sarebbero applicabili a tutte le donne ipnotizzabili all'infuori di ogni stato d'isterismo. L'O. chiede, che si abbia a verificare se realmente fascinazione e *choréoptisme* riescano nelle gravide non isteriche, se è dimostrato che le dannose influenze dell'ipnotismo sono evitate coll'uso degli specchi, ed a stabilire quale grado di confidenza si possa avere in questo metodo.

Dott. F. Villa.

Max Runge. — **Die Behandlung der Wehenschwäche unter der Geburt.** Nach einem Klinischen Vortrage. (*Trattamento della debolezza delle contrazioni uterine del parto*). Lezione clinica. — *Therapeutische Monatshefte*, Heft. I, 1890.

La debolezza dei dolori di parto è una circostanza che chiama di frequente l'ostetrico al letto delle partorienti e che dà occasione di mettere in pratica e dimostrare acume clinico; ed in vero il medico deve innanzi tutto riconoscere la causa della distocia e, tenuto conto delle condizioni materne e fetali, scegliere la cura guardandosi nello stesso tempo dal precipitare le cose con un intervento operatorio sollecito o dal far correre pericoli sia alla madre che al bambino col troppo temporeggiare, ricordando sempre che questi sono rari avanti la rottura del sacco, mentre che ad acque colate ponno avvenire fatti gravi e perniciosi. La cura deve essere basata sulla causa, e però riesce evidente come non si possa seguire una via unica e teoretica.

L'A. ricorda la distinzione di debolezza primitiva e secondaria, passa in rassegna le cause delle singole forme e quindi parla della terapia della forma primaria.

Nei casi in cui si riscontra anomalia nella costituzione, e cioè un depauperamento generale si avrà sopratutto di mira un regime dietetico conveniente e quindi si amministrerà una buona alimentazione come profilassi avanti il parto e durante questo periodo si daranno alimenti ed eccitanti, quali il caffè, il vino, la tintura di cannella, ecc., si provvederà a svuotare il retto e la vescica e non si dimenticheranno i conforti fisici e morali evitando quei mezzi che eccitano direttamente l'utero. Ma se invece si riscontra debolezza della muscolatura dell'utero, specialmente se dovuta a pregressi parti difficili, si useranno ancora i mezzi eccitanti generali, ma di questi non si sarà prodighi finchè è avvenuta la rottura del sacco, ed invece andando per le lunghe la dilatazione dell'orificio, si ricorrerà alle irrigazioni vaginali tiepide da ripetersi ad ogni due o tre ore. L'A., che prima aveva raccomandato le irrigazioni calde, ora invece da tempo prescrive le tiepide come ugualmente attive e perchè quelle, se ripetute, eccitano inutilmente

il collo uterino e talora producono un'edema dei genitali esterni e sono causa di distacco dell' epitelio superficiale: pel che restano a nudo gli strati profondi, capaci all'assorbimento. In molti fra i casi in questione riescono utili assai, il bagno o dosi elevate di narcotico. Qualora vi sia uno straordinario distendimento dell'utero da gravidanza composta bisogna armarsi di pazienza e guardarsi da ogni intervento attivo, mentre che nell'idramnios è da consigliarsi la puntura del sacco ma non prima che la dilatazione abbia tale grado da potersi porre riparo all'eventuale caduta del cordone.

La terapia della debolezza secondaria deve essere pure energica, poichè un lungo indugio dopo la rottura del sacco delle acque arreca un pericolo diretto, e siccome nel maggior numero dei casi si tratta di vera stanchezza così gli eccitanti sono indicati prima d'ogni altra cosa. Talora la donna è tanto estenuata, che non mette in giuoco la pressione addominale sì potente negli ultimi momenti, perchè risente dolori assai vivi, ed in questa circostanza ricorreremo invece a piccole dosi di un oppiato oppure a brevi inalazioni di cloroformio; coi quali mezzi l' eccessiva sensibilità è rimossa e l' azione della pressione addominale si ristabilisce.

In altri casi in cui si avvera una particolare spasmodia delle contrazioni, in cui l' utero non si rilascia nelle pause ed esiste una viva dolorabilità ed il travaglio è stazionario si deve pure a mezzo di narcotici procurare alla donna un profondo riposo; che se il riscontro facesse poi riconoscere l'indicazione d' intervento operatorio si opererebbe durante la narcosi in atto. Se questa non è richiesta si ricorra ad altri farmaci e preferibilmente al cloralio (2 gr. per bocca da ripetersi - 5 gr. per clistere); i dolori cesseranno del tutto ed a lungo, la paziente si troverà in uno stato di quiete che si dovrà favorire, e dopo un certo tempo si otterrà un risveglio delle contrazioni che saranno presto assai valide. Anche la morfina per iniezioni ipodermiche, venne adoperata allo stesso scopo, ma tuttavia non si può nascondere che in alcuni casi di profondo esaurimento i narcotici fallirono. Allora si dimostrarono mezzi terapeutici potenti i bagni caldi e specie nei travagli difficili per stenosi pelvica quando stabilitasi l'inerzia si aggiunge anche elevazione termica. Acqua a 27 R, immersione per 3[4 d'ora sorvegliando attentamente la donna, e ripetendo il bagno se l'effetto sulle contrazioni fosse passeggiero. Si deve ancora aver cura che la vescica orinaria non si distenda enormemente, poichè questo fatto influenzerebbe sinistramente l' energia dei dolori.

Esistono molti mezzi per combattere la debolezza dei dolori, sia poi questa primitiva o secondaria, ma alcuni sono applicabili solo in certi casi, ed altre sono vere armi a doppio taglio. La rottura del sacco delle acque non verrà praticata se non quando esso avrà compiuto il proprio ufficio di mezzo dilatante, e la presentazione sarà profondamente impegnata, e sempre si penserà ad evitare la pro-

cidenza del cordone: eccezione fatta per i casi di idramnios non si dovrà essere facili a ricorrere a questo metodo.

L'A. è poco favorevole all'impiego della candeletta, che vorrebbe riservato a certi gravi casi.

Il massaggio dell'utero, la di cui utilità nei primi momenti che succedono allo sgravio è da tutti riconosciuta, è raccomandabile solo in certi periodi del travaglio. Con esso si riesce spesso ad ottenere alcune poche contrazioni sufficienti ad espellere la testa o le spalle, ma non ad avere un durevole aumento dell'energia dei dolori durante il parto.

Il tamponamento della vagina non è da praticarsi poichè assai incerto nella sua azione e di più non senza pericoli; e così pure poco deve aspettarsi dall'elettricità quantunque da alcuni sia assai vantata.

Dobbiamo confessare che oggigiorno non possediamo un mezzo che susciti delle vere contrazioni o che valga con sicurezza ad aumentarle, poichè anche la segale cornuta, che sola ha un potere indiscutibile sull'utero, non riesce a provocare dei veri dolori peristaltici, ma arreca invece un aumento duraturo e talora enorme della pressione endouterina onde devesi condannarne l'uso, per ottenere l'espulsione del feto; che se alcuni ostetrici la consigliano nel periodo espulsivo, a dilatazione completa e testa al piano perineale, tuttavia aggiungono di sorvegliare il battito fetale, poichè convengono che il feto può correre pericolo, e di intervenire in caso di perturbazione del ritmo cardiaco. Peggio poi avviene per la somministrazione di grandi dosi sopratutto nel periodo di dilatazione poichè allora madre e figlio corrono grave pericolo, contro il quale, come mezzo sovrano, impiegheremo una profonda narcosi. Säxinger dal preparato di Denzel e Schatz da un estratto fluido americano avrebbero ottenuto ultimamente buoni risultati.

Ma l'incertezza ed il deperimento rapido della segale e la difficoltà dello stabilire la dose costituiscono un imbarazzo pel pratico; onde devesi essere grati a Robert d'aver proposto la cornutina, che non si altera alla luce e resta chimicamente conservata per lungo tempo, e che agirebbe sicuramente sull'utero gravido producendo contrazioni ritmiche e valide.

La questione della segale è ancora oscura ed abbisognano quindi maggiori ricerche cliniche, ma però il danno innegabile che essa produce in alcune circostanze e la sua azione problematica, porgono il consiglio di non usarne che nelle circostanze predette se non si vuole lasciarla affatto da una parte. Per altro, a parto espletato, il suo valore rimane integro, come pure se avrà luogo intervento operativo durante inerzia uterina si procederà alla sua amministrazione innanzi di accingersi all'operazione.

Molti altri medicamenti vennero impiegati, quali sarebbero il borace, la cannella, la canape indiana, la digitale, la pilocarpina, il chinino, ma la loro azione è nulla.

Infine avvi la stricnina la quale nelle coniglie provoca forti e frequenti contrazioni e che esperimentata da Vernon e Dechilage avrebbe dato buoni risultati.

Dott. F. Villa.

Prof. Paolo Negri. — **Di una gravidanza extrauterina curata e guarita con la laparotomia primaria.** — Clinica ostetrica di Venezia. Estr. dalla *Rivista veneta di scienze mediche,* 1890.

L'A. narra e commenta la storia di una donna accolta nell' Istituto da lui diretto e nella quale verso la metà della quarta gravidanza insorge senza causa traumatica intenso dolore addominale, deliquio, vomito, scadimento rapido delle forze, obnubilamento della coscienza. Rimessasi da questo stato gravissimo, migliora lentamente, andando però ancora soggetta di tratto in tratto ad accessi dolorosi all' addome; e in pari tempo si constata progressivo aumento di una tumidezza sviluppantesi dal quadrante inferiore di sinistra. L' esame fisico rivela due intumescenze: una minore a destra e che ricorda l' utero gravido, una maggiore a sinistra, alquanto mutabile di forma alla palpazione, ballottabile in alto, alquanto più fissa in basso dove è dolente alla pressione. Con l'ascoltazione si nota un soffio intermittente ed aspro a destra, intermittente e dolce a sinistra, dove con la mano si ha pure netta sensazione di fremito. Sulla cicatrice ombellicale battito con carattere fetale, frequente 144 volte per minuto.

All'esame vaginale collo uterino grosso, molle, con orificio aperto; la sonda penetra 11 centimetri, e la sua punta si avverte traverso la massa del quadrante inferiore di destra. L'esame combinato nella narcosi cloroformica dimostra fra la grande e la piccola massa esistere rapporti di sola vicinanza.

Il criterio diagnostico emesso dall'A. in base all'anamnesi e al reperto fisico fu: gravidanza tubarica sinistra della varietà sottoperitoneo-pelvica di Dezeimeris, con incompleta lacerazione della tuba nel corso del terzo mese, e formazione di un' ematoma di cui parte fu riassorbita e parte rimase in forma di strati fibrinosi: sede della placenta alla parte inferiore del quadrante inferiore di sinistra: feto evidentemente vivo.

Verso la fine dell'ottavo mese, mentre l'A. esitava sul da farsi, insorsero repentini fenomeni di decadimento generale nella donna, dolori vivi, elevamento di temperatura iniziatosi con algore e brividi, battito fetale progressivamente e lentamente indebolitosi; onde si decise d'urgenza l'atto operativo che fu il seguente: sotto la cloronarcosi, incisione delle pareti addominali lunga 14 cent. che giunge in basso fino a un punto dove il peritoneo si ripiega sul sacco fetale. Per mezzo di punture d'ago in serie verticale si assoda il punto dell' inserzione placentare che è al polo inferiore; s' incide il sacco al di sopra, si estrae il feto che è pro-

fondamente asfittico ma che può essere richiamato in vita. Asportazione manuale della placenta per improvvisa gravissima emorragia: legatura robusta e sutura del sacco per l'emostasi, toeletta peritoneale e chiusura delle pareti addominali.

Dell'ematoma formatosi nel sacco fu fatta prognosi di probabile ulteriore processo di decomposizione, ma confortava il pensiero che all' angolo inferiore della ferita non esisteva peritoneo. Infatti dal quarto al decimo giorno dopo l'operazione, si ebbe febbre pressochè continua (fino a 40. 3) e nella notte da 10 all'11 uscita dall'angolo inferiore della ferita di sangue fetentissimo commisto a gaz. Non fenomeni peritoneali. Accertati questi fatti sotto la cloronarcosi, si penetra nella sacca che si disinfetta abbondantemente e si drena con garza fenicata, sostituita poi da tubi da drenaggio, i quali danno esito a grumi sanguigni e cenci necrotici. Lo stato della donna andò sempre migliorando: persistettero anche a processo di guarigione avanzata, elevazioni termiche a tipo e fisonomia malarica che cedettero al chinino e alla cura arsenicale e che andavano quasi certamente dovute a uno stato di impaludismo. L' involuzione uterina fu regolare, si notò una scarsa, embrionale lochiazione, e una montata lattea normale. Il feto presentava uno sviluppo subnormale, il parietale sinistro era marcatamente concavo (fatto che si attenuò nel periodo di vita); ginocchio destro varo, sinistro valgo: placenta spessa circondata al margine da grossi strati fibrinosi; inserzione del cordone marginale. Il feto visse 18 ore.

Dopo la narrazione e i commenti del fatto clinico esposto, l'A. cita alcuni dati statistici che ne mostrano l'importanza. Esso infatti sarebbe il nono caso di guarigione dopo simile operazione conosciuto nella letteratura medica, e il primo avutosi in Italia.

Dott. Maroni.

Negrisoli. — **Operazione cesarea col metodo conservatore**. — *Raccoglitore medico,* N. 11, Vol. IX.

L'operazione fu eseguita dall'A. su donna di anni 35, nubile, rachitica, gravida all'ottavo mese. Circonferenza a livello del bellico cent. 90, fra le S. I. A. S. cent. 22 1[2. Fra le creste 21, coniugata diagonale 7 1[2. C. V. 6. Le condizioni dell'operanda tristissime sia per malattie concomitanti, sia per l'estremo grado di deperimento e di colasso, essendo le acque colate, e le contrazioni in atto da parecchio tempo. La paziente morì di colasso poche ore dopo l'atto operativo. Alla necroscopia non si rinvenne alcuna traccia di emorragia. Dopo aver esposto il caso occorsogli, fanno seguito nella memoria alcune considerazioni. L'A. non crede che qualora si fosse addivenuti alla embriotomia si avrebbe salvata la madre, e ciò neppure qualora si avesse data la preferenza al metodo Porro; indi

parla dei vari metodi di sutura e di una modificazione da lui introdotta, della convenienza del porre il laccio elastico per la emostasi provvisoria, e dello zaffamento uterino (Dührssen). Crede che l'insuccesso non può essere attribuito alla tecnica, ma alle condizioni gravissime dell'operanda.

Decio.

Bompiani. — **Operazione cesarea conservatrice: madre e figlio salvi.** — Maternità dell'Esquilino in Roma. *Gazz. Med. di Roma*, N. 10.

Con vario esito tale operazione fu fatta sette volte in Roma, e l'A. narra uno di questi casi. Il caso riferiscesi ad una donna di 26 anni, rachitica, alta m. 1,20; in una prima gravidanza fu necessario l' intervento con una operazione embriotomica; bacino rachitico schiacciato posteriormente e dalle misure appare generalmente ristretto, diametro obliquo 90 mm.; vero presunto 70 mm. L'operazione fu eseguita con le solite accurate cautele; poca emorragia, avendosi un utero bene contrattile; nell'estrazione degli annessi fetali, questo essendosi arrovesciato se ne trae profitto per raschiarne la mucosa con garza secca e irrigare tale superficie con soluzione di sublimato al 10 0[00. Sutura continua a sopraggitto profonda, senza intaccare la mucosa; seconda sutura più superficiale con stesso metodo. Tolto il laccio elastico applicato temporaneamente al collo uterino, nessuna emorragia; l'utero viene affondato, ed eseguita la sutura delle pareti addominali. Feto vivo peso 2490 gr. Puerperio appena leggermente febbrile nei primi tre giorni. Costipazione ventrale, stomatite mercurica, dalle lavande di sublimato, un punto profondo suppurante, tali furono gli accidenti di tale operazione che sortì ad ottimo esito.

Fa seguire la narrazione di tal caso da considerazioni giustificanti le varie manovre dell' atto operativo eseguite lasciando il metodo di sutura mucosa di Fritsch per la tema di insufficiente asepsi.

Segré.

Ferrari. — **Un caso di operazione cesarea col metodo conservativo del prof. Inverardi di Padova.** — *Riv. di ostetr. e ginecologia.* Torino, N. 8.

Riguarda una ragazza di 21 anni, alta m. 1,30, a scheletro in generale alquanto alterato, e bacino rachitico generalmente ristretto e piatto, con una CO di 55 mm. Si determina di intervenire con il taglio cesareo, che dietro consenso dell' operanda decidesi fare con il metodo conservativo, a travaglio iniziato; ciò

infatti avvenne verso il 7 aprile u. s. avendosi una dilatazione uterina arrivata a 2 cent.

Previa accurata disinfezione e profonda cloronarcosi, il prof. Inverardi apre l' addome con un taglio mediano che dipartivasi dalla sinfisi pubica per la lunghezza di 16 cent.; a tal ferita fu fatta corrispondere ugual sezione del peritoneo. Appena inciso l'utero si cade sopra una placenta previa cesarea che necessitò il suo rapido scollamento delle pareti uterine: indi dalla ferita uterina ingrandita sino a raggiungere le dimensioni della cutanea ritraendosi verso sinistra la placenta, si presenta il sacco amniotico, rotto il quale, fu estratto il feto mercè rivolgimento, ed in seguito furon pure estratti gli annessi fetali. A questo punto badando a tener le pareti addominali addossate all' utero, questo fu estratto dal cavo addominale, e si tentò di indurlo a contrazione, e col massaggio, con iniezioni di ergotina, con compressioni — ciò non valse — e per frenare un'emorragia imponente si applicò un laccio elastico sul segmento inferiore con successo di completa emostasi.

In allora si iniziò la sutura profonda dell' utero, comprendendovi la mucosa — se ne fece un' altra della parete muscolare, e sierosa; ma intanto l'utero era sempre inerte — e tolto il laccio elastico ripigliò l'emorragia che nuovi punti di sutura non valsero a domare, e neanche altri conati fatti per indurre a contrazione il viscere. Fu allora svuotato dei coaguli il viscere, e praticata una seconda irrigazione endo-uterina a 50° con pieno esito; fatta la lavanda peritoneale fu rinchiusa la ferita dell'addome — essendo durato l'atto operativo un'ora e 22 minuti. Medicazioni al iodoformio — feto normale e perfettamente in salute.

L'andamento post operativo fu leggermente febbrile nei primi cinque giorni. In ottava giornata tolgonsi la medicazione ed i punti dalla ferita, quasi al tutto aderita, utero in buone condizioni. Senonchè in decima giornata compare tosse viva per entrata di liquido in trachea durante un pasto, e non essendosi accusato alcun dolore consecutivo, solo alla visita ordinaria fu constatata quattro giorni dopo, una piccola ernia dell'epiploon all'angolo superiore della ferita. Si allaccia, si escide, si raffonda il moncone dell'omento protruso, si sutura la ferita. In 24.ª giornata tolgonsi gli ultimi punti. La puerpera esce guarita in 30.ª giornata.

L'A. fermandosi sul caso, dice non essere stato dei più semplici, anzitutto per la placenta previa cesarea, poi per l' inerzia uterina e conseguente emorragia che aveva fatto pensare un momento all' operazione Porro, la quale sarebbe nel caso stata eseguita con l' affondamento del peduncolo, fa notare la sutura dell' utero eseguita col metodo di Fritsch (mucoso muscolo-sierosa) offrente per la sua facilità di esecuzione maggiori garanzie sulla muscolo-sierosa semplice.

L'A. chiude la narrazione del caso facendo voti che in vista dell'attuale splendida statistica dell'operazione cesarea venga ognora questa preferita agli atti embriotomici a feto vivo, i quali sacrificando il feto inesorabilmente, non sono al tutto innocui alla madre.

SEGRÉ.

Prof. G. Calderini. — **Il quinquennio 1884-85, 1888-89.** — R. Istituto Ostetrico-ginecologico di Parma. Dall' *Ateneo medico parmense*, Anno III, fasc. 3-4.

È un cenno statistico in 18 prospetti preceduti da poche considerazioni sui diversi servizii, sull' istruzione, sul movimento, sulla percentuale di operazioni di guarigioni e di decessi avutisi nell' Istituto.

Comparto ostetrico. — 570 parti con 80 operazioni fra cui noteremo un taglio cesareo col metodo Porro, con successo per la madre e il bambino.

Comparto dei bambini. — Vi fu un movimento di 2201 bambini di cui il 13.08 0[0 morti; fra le cause di morte le più frequentemente notate furono: la sifilide ereditaria, lo sclerema, l'immaturità, l'atelectasia polmonare, la polmonite.

Comparto ginecologico. — 416 donne accolte. 43 laparotomie con due decessi, entrambi in seguito a miomectomia con affondamento del peduncolo, uno per peritonite, l'altro per emorragia. 149 operazioni per vaginam con 3 decessi, uno in seguito a isterectomia totale da epitelioma, per peritonite; un secondo per emorragia in amputazione parziale di utero affetto da epitelioma; il terzo per setticemia da permanenza di resti ovulari, inutile essendo riuscito il raschiamento col cucchiaio.

Ambulatorio. — Furono visitate nel quinquennio 1015 donne e 722 bambini.

Soccorso ostetrico a domicilio. — L'A. accenna le difficoltà che ha incontrate per stabilire questo servizio, che se perciò non ha ancor dato grandi frutti, lascia però sperare molto per gli anni successivi.

Istruzione. — Accenna al numero di studenti, levatrici e al movimento degli assistenti.

In ultimo l'A. fa alcune osservazioni sui locali, mobili, assegni e dotazioni dell' Istituto da lui diretto.

Maroni.

Dott. Annibale Nota. — **Contributo alla cura dell' ernia ombelicale nei bambini.** — *Arch. italiano di pediatria.* Maggio 1890.

L'A. fa rilevare la tendenza ad aumentare di tale affezione una volta dichiarata, e contro la quale gli ordinari metodi di taxis e di contensione non approdano ad alcun benefico risultato.

Accenna ai tentativi cruenti di Desault, di Martin, di Lee e di molti altri, ma riconosce che tutti i metodi sono da rigettarsi per vari riguardi, onde è che

i moderni chirurghi vantano ancora la applicazione di apparecchi contentivi. Ma un metodo operativo incruento e nello stesso tempo facile, innocuo, sicuro, sarebbe assai preferibile. Parla della legatura elastica. Presenta una statistica di ben 18 casi in cui ottenne un risultato splendido sotto ogni aspetto, e senza aver mai dovuto lamentare inconveniente alcuno.

Ecco come procede: Taxis e riduzione del viscere; attorno alla base del sacco si getta un laccio formato da un piccolo tubo di gomma elastica più rasente che si può alla parete addominale. I due capi del tubo si assicurano con un filo di seta, e si abbandona il malato a sè, e senza alcuna fascia. Il sacco cade in 10ª o 12ª giornata in un col laccio costrittore. La risultante piaguccia si medica con iodoformio. La guarigione è completa con tale metodo, che pare destinato a dar sempre migliori risultati.

Decio.

Alfonso Nasi. — **Circa l'inanizione nella mortalità infantile del primo mese di vita.** — *Archivio italiano di pediatria.* Maggio 1890.

L'A. dà uno sguardo alla mortalità in generale, considera l'allattamento materno nei nati deboli facilitato da sistemi diversi (tettarelle) e l'allattamento in generale suddiviso in naturale, misto, ed artificiale venendo alle seguenti conclusioni:

1) Il maggior numero dei morti nel primo mese di vita riconosce per causa ultima l'inanizione.

2) Essa si può avverare nei nati forti, ma più specialmente nei nati con debolezza congenita.

3) Nei primi varrà un nutrimento adatto, pei secondi occorrerà anche che esso sia convenientemente somministrato.

4) L'allattamento materno è preferibile ad ogni altro; nei nati forti si potrà fare direttamente al seno o coll'aiuto d'una tettarella comune, nei nati deboli invece occorrerà una tettarella all'uopo.

5) Fra queste tettarelle sembra che quella dell'A. risponda meglio d'ogni altra allo scopo.

6) Quando l'allattamento materno è assolutamente impossibile, si ricorrerà ad una balia freschissima di latte, che dovrà prestarsi al caso speciale come una madre.

7) Quando l'allattamento con tale balia è impossibile, piuttosto che di latte naturale che si discosta molto dalle proprietà del colostro è meglio, almeno nei primi giorni, servirsi di latte opportunamente preparato e somministrato.

8) Perchè il latte sia opportunamente somministrato occorre che il poppatoio da adoperarsi possa rendersi asettico.

9) Pare all'A. che il proprio soddisfi meglio di ogni altro all' uopo; tanto più che esso può servire anche pei nati deboli, che non hanno movimento di suzione.

10) L' allattamento forzato resta così limitato a soli pochi casi; per esso pare possano essere tenuti in vita anche bambini nati nel sesto mese.

11) L'alimentazione puramente artificiale per quanto non consigliabile in generale darà migliori risultati se praticata con iscrupolose norme igieniche.

12) L'alimentazione mista invece, praticata con tali norme, darà ottimi risultati, e varrà a salvare gran numero di bambini esposti a morire d'inanizione.

Decio.

RASSEGNA GINECOLOGICA

Spinelli. — **Un caso di cloaca embrionale in donna adulta.** — Estratto dalla *Rivista clinica e terapeutica,* anno XII, 1890.

La monografia del dott. Spinelli è divisa in tre parti, di cui la prima riguarda la storia clinica e il reperto di certa G. F., d' anni 31, prostituta, con sfintere vulvare robusto sì da contenere feci ed urine e con sintomi facili a diagnosticarsi di fistola congenita vescico-vaginale e retto-vaginale con mancanza dell'ano, dell'uretra e dell'insieme cioè di una cloaca embrionale persistente in adulta.

Nella seconda parte l'A. facendo la storia dello sviluppo embriogenico dei genitali femminei mostra come la descritta cloaca dipenda da un arresto di sviluppo, cioè dalla mancata formazione del setto retto-vaginale e dell' uretra, che dovrebbe verificarsi verso il secondo mese della vita embrionale. La mancanza dell'imene nella G. F. confermerebbe la teoria del Budin, secondo cui l'imene non rappresenterebbe nella formazione embriogenica, che la continuazione della vagina; difatti l'arresto di sviluppo del canal vaginale ha fatto sì che l'imene non si fosse formato. Nella terza parte infine l'A. discute la questione medico-legale se il marito in simili casi potrebbe con diritto domandare il divorzio. E dimostrato come l'espressione dell'art. 107 della nostra legge sia incompleta e inesatta, giacchè confonde l' impotenza con la sterilità, e basandosi su l' opinione degli autori più accreditati di medicina legale, e sul concetto che si deve avere nei rapporti sessuali e generativi della vagina fisiologicamente e anatomicamente considerata,

ammette questa deformità, come plausibile motivo di nullità del contratto nuziale. — Anche perchè, quantunque in casi più semplici di alterazioni anatomiche sia congenite, sia acquisite, siasi potuto ottenere un miglioramento considerevole nelle condizioni della donna, pure si può affermare che « una cloaca uro-retto-genitale con mancanza completa dell'uretra, » è affezione non completamente curabile e il vizio residuo dopo esaurite le risorse chirurgiche è tale da costituire per sè un'alterazione grave dei genitali muliebri.

Dott. Maroni.

Trélat. — **Influence du traitement de la métrite sur les complications inflammatoires péri-utérines: lymphangites, salpingites, pelvi-péritonites.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, mai 1890.

Comincia affermando la propria convinzione che un certo numero di accidenti più o meno acuti, derivati dalle metriti, guariscono perfettamente colla sola cura della endometrite, il cui trattamento antisettico ha suscitato numerose questioni. Parla dapprima del raschiamento, i cui risultati sono oramai universalmente riconosciuti, pur ammettendo l'esito meno certo allorchè la metrite è complicata a salpingite; indi tocca della idea comunemente invalsa, che cioè non si debba agire sull' utero allorchè vi siano complicazioni periuterine, venendo a concludere che tutti i casi di metrite possono e devono essere curati col trattamento antisettico intra-uterino. A provare ciò offre esempi di linfangioiti, di ovaro-salpingo-peritoniti migliorate e guarite col trattamento endometrico. Dichiarasi contrario a generalizzare l'ovaro-salpingectomia come si fa da molti, e tutto al più ricorre ad essa quando siano falliti gli altri tentativi. — Tre giorni prima della operazione egli suole mettere in pratica una accurata disinfezione; con tamponi strofina per bene le pareti vaginali, indi, previa tricotomia del pube, pone un tampone di garza jodof. che levasi il giorno della operazione. Libero deve essere il retto. Considera importantissima, contrariamente a quanto opina il Pozzi, la dilatazione del collo uterino che viene eseguita colla laminaria, di cui per giorni consecutivi si va aumentando il calibro fino a che si giudichi sufficiente a dilatazione: che se questa non è regolare viene terminata coi dilatatori di Hegar Busch. Descrive il tecnicismo del raschiamento, che deve aver di mira di asportare tutta la parte ammalata. Segue l' *écouvillonage* alla glicerina creosotata, indi irrigazione accurata con cannula a doppia corrente. Le osservazioni che dimostrano l'efficacia del trattamento intrauterino sulle complicazioni infiammatorie periuterine, dice che saranno pubblicate in seguito.

Decio.

I. Clivio. — **Di un caso di endometrite saprofitica.** — *Riv. di ostetr. e ginec.* Torino, N. 6-7.

L'A. riferisce di un caso curato nella Clinica ostetrica e ginecologica di Pavia diretta dal prof. Cuzzi, che crede unico negli annali della specialità.

Trattasi di una donna di 51 anni, pluripara, che era stata altre volte affetta da metropatie, e che circa due mesi prima, erasi accorta di uno scolo vaginale, dapprima semplicemente leucorroico, poi putrido, poi fetente, che per essere accompagnato da serii disturbi fisici la avevano decisa a riparare nella Clinica pavese. Ivi era stato riscontrato uno scolo uterino brunastro fetentissimo, utero grosso, con erosioni al collo; erasi avanzato il sospetto di forma maligna del corpo uterino, e a scopo terapeutico veniva fatto il raschiamento della mucosa endouterina. Se non che il cucchiaio aveva esportato una materia cinerognola fetente, poltacea in notevole quantità, che l'esame microscopico aveva definito per microrganismi, in gran parte cocchi variamente disposti a gruppi, taluni a catenella — frammisto vi era qualche bacillo. Per aver messo tale materiale in soluzione antisettica non poterono eseguirsi culture, epperò sospesa ogni cura, dopo tale atto operativo, non tardò dopo circa una settimana a manifestarsi ancora lo scolo fetido ed a ripristinarsi i fenomeni già osservati. L' esame di questo scolo aveva dato ancora le forme osservate nella prima osservazione. Fu allora ripetuto il raschiamento, e fatte lavande endouterine al sublimato 1 0[00 la donna rapidamente guariva.

Raccolto con i mezzi voluti per simili ricerche un po' di questo detritus, si potevano isolare tre specie di micrococchi e cioè, un micrococco rosa, uno giallo zolfo, uno color crema, non potè isolare in culture i rari bacilli che si erano appalesati all'esame microscopico. Questi microorganismi l'A. ha coltivato su varii mezzi e descrive la forma delle culture ed il modo di comportarsi sui varii substrati. Inoculò particolarmente i singoli microrganismi nei genitali di animali con risultati negativi. Stessi risultati ebbe con l' inoculazione simultanea delle tre specie che aveva isolato. Facendo poi passare in rivista i varii microrganismi conosciuti e paragonandoli con i suoi, trova che questi hanno qualche carattere particolare che li allontana da quelli già da altri autori descritti.

Da questo suo lavoro trae poi il corollario pratico, e richiama l' attenzione sopra la forma clinica della endometrite che dette tale scolo vaginale fetente da poter simulare una forma maligna della mucosa del corpo dell'utero o dell'utero stesso, mentre con mezzi non troppo eroici, quali potrebbero esser stati la ablazione dell'utero, cui si sarebbe potuto pensare dato tale sospetto, si potè evitare alla donna un grave atto operativo e guarirla con mezzi facili ed alla mano.

Segré.

Rockwel (New-York). — **Osservazioni generali sull'elettricità in ginecologia.** — *Medical News*, Philadelphia, 1890. — L'A. va più lungi dei suoi compatrioti poichè attribuisce una rimarchevole azione alla corrente faradica applicata entro l'utero. Però le sue proposizioni teoriche derivano spesso da un falso modo di vedere: così quando dice che la contrazione e la irritazione della musculatura uterina prodotte dalla faradizzazione, rimuovono la stasi che rappresenta il principio di una infiammazione uterina, rende alquanto oscuro il significato di infiammazione uterina la quale prende inizio per lo più da un'infezione e da un'iperemia, ma non dalla stasi. Il concetto teorico dell'utilità di un massaggio interstiziale fatto dalla corrente faradica è insostenibile: mentre ne consiglia l'impiego durante il periodo acuto infiammatorio, raccomanda la galvanizzazione nelle metriti croniche.

Goelet (New-York). — **Cura di alcuni tumori del bacino, colla galvano-puntura, drenaggio per la vagina e galvanizzazione endouterina.** — Appoggiandosi all'assicurazione di Apostoli che la corrente elettrica può uccidere una coltura di micrococchi che attraversa, l'A. raccomanda di trattare le piosalpingiti, l'idrosalpinge, le cisti dermoidi o gli essudati parametrici colla puntura a mezzo di un trequarti e galvanizzazione della cavità con un elettrode introdottovi in luogo dell'ago. In alcune circostanze dilata l'apertura fatta e tratta l'ascesso antisetticamente. Ma si può appena dubitare che i favorevoli risultati siano da riferirsi al drenaggio piuttosto che all'elettricità.

Meginnis (New-York). — **Osservazioni sulla cura elettrica dei fibromi.** — Crede che non sia sufficiente l'introdurre nell'utero la sonda elettrode, ma che sia necessario di muoverla per metterla a contatto con tutte le parti dell'endometrio: solamente così è certa l'azione emostatica del polo positivo. Propone di immergere le sonde nell'etere iodoformizzato avanti di applicarle.

Skene (New-York). — **Osservazioni sull'uso dell'elettricità nella cura dei fibromi dell'utero.** — Appoggiandosi all'altrui esperienza constata la favorevole influenza dell'elettricità sui miomi.

Buckmaster (Brooklyn). — **Osservazioni sul trattamento dei fibromi uterini a mezzo dell'elettricità.** — Istituì delle ricerche le quali ci spiegano il modo d'agire dell'elettricità. Nel cuore vivente di cane, osservò che i fasci muscolari del tratto interpolare presentarono uno stato granuloso consimile a quello che si riscontra nella degenerazione grassa dei muscoli.

Betton-Massey (Philadelphia). — **Cura della metrite cronica colla cauterizzazione galvano-chimica.** — Dipinge la favorevole influenza della cor-

rente continua sulla metrite ed endometrite croniche, e cita tre casi di guarigione veramente meravigliosi.

In tre sedute di tre minuti con 50 m. a., l'utero assai grosso ritornò al volume normale e la profusa leucorrea scomparve. Anche i disturbi di una lacerazione del collo sono rimossi coll'uso della corrente elettrica.

Francklin (Chicago). — **Osservazioni sull'uso dell'elettricità nella ginecologia, e di una nuova batteria galvanica trasportabile.** — In 200 casi circa di fibromi uterini ricorse al trattamento elettrico. Nell'84 0[0 osservò buoni risultati, e tre soli furono i casi di insuccesso. Consiglia di usare le intensità massime: se la paziente è tollerante arriva ai 400 m. a. Nelle persone molto sensibili ricorre all'oppio ed anche alla cloronarcosi.

Lapthorn-Smith (Montreal). — **La faradizzazione bipolare nella ginecologia.** — L'A. richiama l'attenzione sulla differenza fra corrente faradica primaria e secondaria e pone una serie di indicazioni al suo impiego in ginecologia. Nella endometrite fungosa e nelle ritenzioni placentari, consiglia l'uso del cucchiaio ma non l'elettricità, la quale dà buoni risultati nelle cure dei disturbi inerenti alla menopausa e nel vaginismo. Le applicazioni endouterine fa precedere da qualche elettrizzazione vaginale che serve ad attutire la sensibilità ed a rendere cioè più facile tale applicazione. Ottenne la guarigione di casi assai ostinati.

(Dalla *Therapeutische Monatshefte,* N. 4.)

Dott. F. Villa.

Lapthorn-Smith. — **De l'electrothérapie gynécologique en Amérique.** — *Journal de Médecine de Paris,* N. 18, 1890.

L'A., che da due anni si serve del metodo Apostoli, espone le proprie convinzioni. Innanzi tutto si occupa della sorgente elettrica, del modo di misurarla e di applicarla e quindi raccomanda l'elemento Leclanché o la pila di Law modificata, fa rilevare alcuni difetti del collettore di Gaiffe che vorrebbe sostituito dal reostato Baily, ed indica quale ottimo galvanometro quello di Gaiffe.

L'elettrode addominale d'Apostoli presenta gli inconvenienti di lordare assai, e di essicarsi rapidamente, quello di Martin (Chicago), fatto da un disco metallico pieno d'acqua e ricoperto da una membrana animale, è facile a rompersi, per cui crede preferibile una combinazione degli elettrodi di Apostoli e Martin, e cioè il riempire il disco colla argilla e di avvolgere il tutto nella garza: l'aggiunta di glicerina all'acqua vale a mantenere meglio il grado di umidità indispensabile.

Per riguardo all'elettrode interno crede col Martin che quando si desideri produrre una causticazione, si debba diminuire il più possibile la superficie di tale elettrode poichè basterebbero per un centimetro quadrato 50 m. a. per 5 minuti, mentre che nei casi in cui si intenda avere un' azione interpolare energica sia indicato l'elettrode uterino con superficie massima.

L'elettrode interno se rappresenta il polo positivo deve essere d'oro, di platino, o di carbone, ma però anche la sonda d' acciaio di Goelet è preparata in modo tale da resistere anche agli acidi.

Il polo positivo è formalmente indicato nei casi di emorragia e, secondo l'A., parrebbe possedere un' azione tonica generale più marcata, ma tuttavia spesso si osserva che le menorragie si modificano rapidamente sotto l' azione del polo negativo, che nei casi di dismenorrea da restringimento dell'orificio interno possiede il potere ben riconosciuto di rammollire e di dilatare, e che è preferibile anche nella cura dei fibromi qualora la dismenorrea prevalga all' emorragia.

Le applicazioni vengono dall'A. fatte ad intervalli di due giorni od almeno quanto più frequentemente è possibile, aumentando gradualmente ad ogni seduta la forza della corrente in ragione della sempre crescente tolleranza da parte delle pazienti.

Non si può stabilire alcuna regola per riguardo alla misura dell'intensità che si deve applicare, e quindi si terrà presente di non cagionare forti sofferenze. Su questo punto l'A. esprime la convinzione che si debbano ottenere i maggiori risultati colla galvanizzazione continua a corrente di debole forza.

Non è favorevole alla galvano-puntura perchè assai dolorosa ma non la crede pericolosa, ed in sua vece nei casi in cui il tumore è fuori dei limiti del cono formato dalla corrente e di cui l'apice è la sonda e la base la piastra applicata sull' addome, casi questi che sono assai ribelli, propone di cangiar il posto del largo elettrode esterno in modo che il tumore sia compreso nel cono predetto. Applicando la piastra sul dorso ottenne la scomparsa di un fibroma che resisteva al trattamento fatto col metodo ordinario. Ma la corrente continua non solo agisce coll'elettrolisi, ma anche sui nervi trofici ed in modo che porterebbe a credere che rassomigli alla corrente vitale poichè attiva la nutrizione, aumentando la circolazione e gli scambi interstiziali. E questo potere è della massima importanza per l'A., il quale crede che i fibromi siano dovuti ad un difetto di vitalità dell'utero accompagnato da un rallentamento della circolazione donde l' essudazione di una materia fibro-plastica.

Chiude dichiarando che il metodo Apostoli è esente da pericoli e che riesce utile anche nei casi di dismenorrea ovarica, tubarica ed uterina, di dolori pelvici da essudati, nevralgie ovariche, prolasso delle ovaie, ecc., avendo ottenuto considerevole vantaggio persino in un caso di cancro uterino.

Dott. F. Villa.

SAENGER. — **Della blenorragia nella donna** (versione del dott. Labusquière). — *Annales de gyn. et obstetr.*, février et suiv.

Il lavoro è diviso in vari capitoli; nel primo è trattata la importanza della blenorragia, la frequenza e la natura infeziosa della stessa. Osserva l'A. che negli uomini, cessati i sintomi patognomonici della uretrite blenorragica, questi si credono completamente guariti, ma al contrario il 90 0[0 non lo sono minimamente, e vede in ciò la possibilità del contagio delle mogli per parte di mariti che, anteriormente al matrimonio, soffersero di blenorragia. Secondo Nöggerath i blenorragici allo stato latente, incurabili sarebbero 80 0[0; meno pessimista lo Schwartz dà il 10 o 15 0[0 di veramente incurabili, cifra questa che collima colla frequenza della blenorragia nella donna trovata dallo stesso Saenger, il quale è d'avviso che un ottavo delle donne che si recano all'ambulatorio di un ginecologo sono affette da blenorragia. Dato rapidamente uno sguardo alla conseguente sterilità, afferma che una prova della frequenza della affezione accennata nella donna, è altresì dimostrata dalla frequenza delle affezioni oculari dei neonati. Accenna alla scoperta del micro-organismo specifico trovato dal Neisser, di cui dà una breve descrizione. Tale micro-organismo, diplococco, oltrechè trovarsi nelle secrezioni dell'apparato genitale maschile, si trova anche nelle ghiandole del Bartolini, nella vagina, nel retto, nel peritoneo: fu osservato sulla mucosa orale e nasale. Tuttavia vi sono tuttora delle discrepanze fra i batteriologi, ed il Saenger, benchè pienamente convinto della legittimità della opinione di Neisser, che il gonococco cioè sia l'agente specifico della blenorragia, tuttavia nella incertezza della dimostrazione batteriologica si pone nel campo clinico, ritenendo insufficiente ed illusorio un diagnostico basato semplicemente sull'esame microscopico. Nel secondo capitolo tratta appunto del *Diagnostico clinico della blenorragia muliebre:* 1) Dimostrazione della esistenza nell'uomo della blenorragia acuta o cronica. 2) Mancando la constatazione diretta varranno i dati forniti dalla donna o dal medico. 3) Oftalmia blenorragica di uno o più neonati. 4) Catarro purulento delle vie orinarie concomitante od anteriore, e mancante di ogni altra eziologia. 5) Malattia delle ghiandole del Bartolini. 6) Condilomi acuminati. 7) Scolo purulento o muco purulento a livello del collo uterino nell'assenza di erosioni e di pseudo-erosioni dell'orificio esterno. 8) Malattie degli annessi uterini e del peritoneo pelvico, ovariti, peri-ovariti. Salpingiti, peri-salpingiti. Nei casi dubbi oltre a questi criteri, l'A. ricorre volontieri alla ricerca dei gonococchi.

Il terzo capitolo è consacrato alla *Localizzazione della blenorragia* sui diversi punti dell'apparato genito-urinario. Una volta ritenevasi la vagina, ma è l'uretra la sede più frequente della gonorrea acuta; si possono osservare poi fe-

nomeni a carico della vescica, ureteri e reni, ma più per influenza di infezioni miste. La infezione gonorroica pura della vulva o delle sue ghiandole non produce mai alcun ingorgo dei ganglii inguinali. Il retto è altresì di rado la sede della infezione gonorroica, pochissimo soggetta vi è la vagina, in grazia del suo epitelio pavimentoso. Il collo uterino è la sede della blenorragia dei genitali interni, e quivi si trovano le condizioni anatomiche atte allo sviluppo ed alla moltiplicazione dei gonococchi; data una metrite blenorragica l'A. dimostra il meccanismo della emorragia e degli aborti, e la insorgenza delle salpingiti con successiva propagazione gonorroica alle ovaie, e la eventuale possibile accensione di una peritonite generale.

Importante altresì è la flogosi gonorroica degli annessi pei suoi esiti, quali la obliterazione dell'orificio addominale delle trombe per l'idro-salpinge, e per la gravidanza tubaria che il Saenger vorrebbe in tal guisa succedanea alla infezione gonorroica.

Evoluzione della blenorragia. Parla della frequenza della blenorragia nella età adulta, come quella che è consecutiva al coito impuro; ammette per altro la propagazione per mezzo delle dita, delle spugne da teletta, dell'acqua dei bagni, specialmente reputando tal modo di diffusione nei neonati, oltre il contagio diretto per lo scolo virulento della madre. I casi di piosalpinge (Säxinger) osservati in soggetti assolutamente vergini resterebbero inesplicabili, qualora non si volessero sottomettere a queste gonorree contratte senza coito impuro. Insiste sul fatto che i microrganismi della gonorrea non provocano mai affezioni puerperali di carattere setticoemico, quantunque la gonorrea può benissimo essere compagna a tali forme morbose. Crede che la vaginite senile, così problematica, che gli scoli purulenti dell'utero, che le atresie uterine complicate a piometra sieno, od almeno in parte, da porre alla dipendenza della blenorragia.

Nella blenorragia della donna, o meglio nei suoi sintomi, e nel suo decorso non vi sono delle differenze nette fra lo stadio acuto e lo stadio cronico, che si sogliono osservare nell'uomo: la intensità dei fenomeni varia secondo i soggetti, ed essa è di assai modificata dalle abitudini di nettezza. La secrezione profusa non costituisce un sintomo caratteristico di acuzie, e neppure le forme acute gravi presentate dagli annessi non compaiono che raramente in un periodo di tempo vicino al principio della infezione. Non ammette il periodo *latente*; la maggior parte dei casi in cui si ammise questo stato, sono da reputarsi come casi cronici. Fra i sintomi annovera lo *scolo* copioso, ribelle, irritante, che provoca *intertrigo*, il *prurito vulvare* talora predominante, la *disuria*, *stranguria* che per nulla sono inferiori ai fenomeni dell'uretrite maschile, la *piuria*, la *difficoltata locomozione* per le escoriazioni dei genitali esterni, e per la flogosi delle ghiandole di Bartolini. Ma sono specialmente i *dolori* che accompagnansi ad irregolarità mestruali rassomiglianti a coliche e che svaniscono in poco tempo con estrema rapidità, quelli che ponno

essere caratteristici. Constata il vario modo di comportarsi dell'intiero organismo nelle affette da blenorragia.

Diagnosi. Ritiene insufficienti i dati clinici e bacteriologici presi isolatamente, poichè il secondo deve necessariamente riposare sullo stato clinico, potendosi anche (essendo insufficienti, o difettosi i mezzi di indagine) non trovarsi o non dimostrarsi i microrganismi, pur esistendo buona parte della sindrome fenomenica.

Riguardo alla *prognosi* l'A. è d'avviso che nella donna sia assai più grave, pel fatto che, invasi gli organi genitali interni, questi ponno dare gravi complicazioni per la vicinanza del peritoneo. Non crede che la suppurazione di una ghiandola del Bartolini possa accendere una pioemia mortale, nè che per il tramite degli ureteri ne possano conseguire accidenti renali di importanza.

Cura. Dato il cammino essenzialmente cronico della infezione blenorragica, dichiara essere difficile la soluzione del problema della curabilità. Che se anche le forme le più gravi degli annessi guariscono, lasciano sempre delle profonde alterazioni anatomiche anche allorchè non rimane più un solo gonococco. Al giorno d'oggi la incurabilità della gonorrea non è più sostenibile.

Partendo dal punto di vista che la malattia è sopratutto alimentata dalla *prostituzione clandestina e sorvegliata* vorrebbe proporre le metodiche irrigazioni vaginali di sublimato corrosivo all' 1-2 00|00, dichiarandosi poco soddisfatto delle misure che si mettono in opera sugli uomini affetti da uretrite blenorragica. Ritiene più che utili, dannosi i consueti mezzi terapeutici come quelli (iniezioni, dilatazioni) che propagano più profondamente il processo. Rimpiange la consuetudine di curare solo, o prevalentemente le forme acute, trascurando quelle passate ad un periodo di cronicità, e vorrebbe che in riscontro alla *ginecologia* si erigesse una vera specialità: *andrologia*, rappresentata da sanitari illuminati, i quali possedessero cognizioni cliniche e chirurgiche assai complete ed estese, e che fossero al corrente delle moderne scoperte scientifiche. Tocca altresì della questione che riguarda la risposta che il medico deve dare a chi già affetto da forma blenorragica intendesse contrarre matrimonio, e degli obblighi che incombono allo stesso medico prima di esporre il proprio parere.

In ciò che concerne il trattamento delle diverse forme della infezione gonorroica ecco le indicazioni cui, secondo l'A., bisogna soddisfare: *uccidere il gonococco: tentare di far cessare i disturbi da esso provocati, ed infine ricondurre le cose allo stato normale.* Il trattamento sarà tanto più efficace quanto più sollecitamente intrapreso, sia nella uretrite acuta, quanto nella subacuta e cronica. Raccomanda nella *uretrite acuta*, le acque minerali; i balsamici nella *subacuta e cronica;* i cilindretti di iodoformio, nei catarri vescicali le iniezioni di sublimato al 1: 8000, di acetato di piombo al 1: 1000. La nefrite suppurata e la paranefrite ponno fornire la indicazione ad un intervento chirurgico. Nel *catarro delle ghiandole del Bartolini*, se passano a suppurazione si faranno delle incisioni, cir-

condate del massimo scrupolo di antisepsi, oppure la estirpazione delle ghiandole se sede di processo cronico. Distrugge i *condilomi acuminati* colle forbici o col termocauterio, cura la *intertrigo* e le *escoriazioni* con minuziose accuratissime disinfezioni. Per la *vagina* si loda del sublimato, del creosoto, del cloruro di zinco, ed entra nelle particolarità circa l'uso di dette sostanze. Nella *endometrite gonorroica* trovò efficace la irrigazione endouterina (sublimato) previa dilatazione (laminaria) non che la cauterizzazione con cloruro di zinco (Playfair). Si eleva risolutamente contro il raschiamento della mucosa, come quello che crede insufficiente ad asportare tutta la mucosa stessa, e non scevro di pericoli. Contro le *affezioni tubariche* accenna alla dilatazione (Gottschalck), ma è d'avviso che, non trovandosi la malattia isolata, sibbene essendo sempre interessato il peritoneo pelvico e l'ovaio, il trattamento debba ugualmente estendersi a tali organi, dapprima col riposo nella fase di acuzie indi svaniti i dolori, i bagni, le irrigazioni, i tamponi porteranno la paziente verso la guarigione. Mette in guardia sulla eventuale possibilità di apertura di focolai marciosi nella vescica e nel retto, indicando la condotta da seguirsi. Qualora poi sorgessero indicazioni per un intervento chirurgico, l'incisione vaginale dello spazio del Douglas, l'incisione sotto-peritoneale, la resezione del sacro, l'incisione parasacrale, la perineotomia, la salpingo-ooforectomia sembrano autorizzare a concepire per l'avvenire le più belle speranze.

Decio.

Dott. Ottaviano Marchionneschi. — **Studio sulla mancanza dell'utero.** — Pisa, Tip. T. Nistri e C., 1796.

Accennato come questa nota non sia che l'introduzione a un lavoro successivo più ampio su l'argomento, l'A. dà la bibliografia, la casistica nazionale, e quella propria al riguardo di utero mancante o rudimentario; nella prima porta 7 casi, nella seconda uno. Dedica poi un capitolo alla storia embriogenica dei genitali muliebri, su la quale basa la spiegazione del vizio di conformazione. I capitoli seguenti trattano della diagnosi della mancanza d'utero, sia nella parte anamnestica, che obiettiva, e della diagnosi differenziale fra utero assente ed utero infantile, fra utero infantile e utero rudimentario.

Studia infine l'A. nell'ultima parte del lavoro l'influenza che esercita la mancanza dell'utero su le condizioni fisico-morali della donna, e nega uno speciale tipo morale e intellettuale inerente alla mancanza d'utero, mentre invece ammette in via generale una certa modificazione nella costituzione e nello sviluppo delle diverse parti del corpo; come pure l'esperienza dimostra persistere in siffatte donne l'estro venereo, la cui soddisfazione però non è quasi mai accompagnata da un soddisfacimento completo.

Sotto il rapporto medico-legale nega la validità di matrimonio in casi siffatti, giacchè esiste, se non veramente *impotenza*, certo *sterilità* irrimediabile.

MARONI.

G. CRESPI. — **L'isteropessia estraperitoneale nella cura degli spostamenti posteriori dell'utero.** — *Gazzetta degli Osped.*, N. 20, 21 e 22, 1890.

L'A. con l'intento di rimediare radicalmente agli spostamenti posteriori dell'utero mercè un'operazione che fosse più sicura di quella d'Alexander e non presentasse i pericoli della laparatomia, ricorse ad un processo che disegna col nome di isteropessia addominale extraperitoneale e che per essere di esecuzione facile, semplice e sicuro nei risultati, ritiene troverà buona accoglienza fra i ginecologi. Riconoscendo la priorità dell'idea della nuova operazione al dott. Caneva che proponevala per rimediare al prolasso completo dell'utero dice che ignorava affatto tale proposta quando nell'88, e prima d'ogni altro chirurgo, eseguì l'atto operativo.

La cura è distinguibile in due tempi, nell'uno dei quali si procura di rendere l'utero mobile e perfettamente riducibile, e nell'altro lo si fissa. Raggiunto pertanto il primo obbiettivo, circondandosi di ogni misura d'asepsi e d'antisepsi, cloroformizzata la donna ed adagiatala sul letto d'operazione col bacino più alto che non il resto del tronco, acciocchè i visceri addominali abbiano piuttosto a gravitare verso la volta diaframmatica, che non contro lo scavo pelvico, si riduce colla sonda l'utero sino a portarne il fondo contro la parete anteriore dell'addome e si pratica un'incisione lungo la linea alba lunga 10 cent. circa e che corrisponda con la parte media al punto delle pareti addominali contro al quale si sente urtare il fondo dell'utero.

Arrivati sul tessuto preperitoneale si ricerca a mezzo di catetere introdotto in vescica se questa non si spinge eventualmente ad altezza inusitata e quando si ha la sicurezza di non danneggiarla si fissa il fondo uterino aiutandosi colla sonda e coll'uncinarlo attraverso al peritoneo colle dita ed allora si passa con un ago lungo, curvo e sottile un'ansa di filo che affondandosi attraverso il tessuto preperitoneale ed il peritoneo penetri per qualche millimetro nel tessuto del fondo uterino, scorra in esso dall'uno all'altro lato per circa un centimetro e quindi riesca attraverso il peritoneo ed il cellulare che gli sta davanti. Quest'ansa serve poi a fare una leggera trazione sul fondo uterino e facilita il passaggio di due altre anse sulla superficie anteriore dell'utero, a distanza l'una dall'altra di circa un centimetro; esse poi vengono saldamente annodate e costituiscono così tre punti di sutura nodosa che saldamente fissano in avanti la matrice. Per tema

che tali punti cedano recidendo i tessuti prima che un processo di flogosi reattiva abbia creato salde aderenze fra la superficie uterina e la peritoneale si applicano nello stesso modo dei precedenti ed intermedii con essi, due punti, dei quali gli estremi attraversano i margini dei muscoli retti. Segue sutura nodosa dell'incisione.

L'A. riferisce la storia di quattro casi nei quali l'isteropessia extraperitoneale diede ottimi risultati e chiude con alcune considerazioni le quali tendono a dimostrare che l'operatore attento difficilmente potrà ledere le intestina o la vescica. Risultati ottimi che perdurano tuttora; materiale di sutura, seta e catgut togliendo i punti da dieci a dodici giorni dall'atto operativo, e permettendo alle operate di riprendere lentamente e gradatamente l'abituale metodo di vita.

Dott. F. Villa.

Berti. — **Ultima serie di laparotomie eseguite dal prof. Alfonso Poggi.** — *Raccoglitore medico*, N. 13, 14 e 15.

In una tabella sono esposte le 21 laparotomie eseguite: sette per cisti ovarica e del legamento largo, sei per neoplasmi fibroidi dell'utero, due per ascesso freddo del parametrio, due a scopo esplorativo, e tre per cisti da echinococco, di cui due del fegato, ed una del setto retto vaginale. In quasi tutte si osservò il decorso apiretico. Delle 21 operate una sola morì. Trattavasi di fibroma interstiziale voluminoso della parete post. del corpo uterino; la donna profondamente anemica per le diuturne perdite moriva improvvisamente per embolismo in diciasettesima giornata, alla vigilia di lasciare la clinica.

Le particolarità più salienti, sia dal lato diagnostico che operatorio, sono poscia riassunte quasi in ogni singolo caso. La memoria termina colla descrizione delle cautele usate nei preparativi per la operazione, e del trattamento consecutivo delle operate.

Decio.

Ruggi. — **Quadri statistici relativi alla seconda centuria di laparotomie, preceduti da alcune annotazioni sopra i casi più importanti.** — *Raccoglitore Medico*, dal gennaio all'aprile 1890.

Prima di tutto sono esposte alcune idee generali dell'A., il quale nella sua seconda centuria di laparotomie ha fatto uso esclusivo della medicatura al sublimato, ottenendo risultati assai soddisfacenti, ed alcune particolarità relative ai

casi più importanti. La esposizione dei casi è fatta in tabelle, dalle quali si ponno avere tutti i dettagli e le particolarità necessarie a dare una idea giusta sulla importanza di ogni singolo caso.

Eccone il riassunto:

Laparotomie eseguite colla medicatura al sublimato corrosivo negli anni 1886-87-88 e nel primo semestre del 1889.

OPERAZIONI	Casi operati	Guariti	Morti
Ooforectomie con salpingectomie	12	12	—
Ovariotomie	28	28	—
Castrazioni per cause diverse	23	23	—
Salpingectomie	5	4	1
Laparotomie per fibromiomi o sarcomi peri-uterini	6	4	2
Amputazioni sopravaginali dell'utero per fibromiomi	29	24	5
Laparo-isterectomie per sarcoma della cavità	1	—	1
Isterectomie col processo proprio	6	6	—
Cisti del parametrio	6	4	2
Raddrizzamenti endo-addominali dell' utero col metodo proprio	21	21	—
Raccolte endo-addominali con tubercolosi peritoneale	3	3	—
Cisti di echinococco nel peritoneo e nel fegato	4	4	—
Laparotomie esplorative	6	6	—
Sventramenti	2	2	—
Laparotomie per corpi estranei	2	2	—
Diastasi dei muscoli retti	1	1	—
Totale	155	144	11

Decio.

Cuzzi. — **Un caso di laparomiomotomia con affondamento del peduncolo trattato col laccio elastico.** — *Rivista di ostetr. e ginecologia*, N. 8, Torino.

Il caso riguarda una donna di 38 anni portante grosso fibroma sorpassante di tre dita trasverse il bellico, che appariva peduncolato ed impiantato sul fondo dell'utero. L'operatore postasi la questione se ricorrere al metodo di elettrolisi dell'Apostoli od all' atto operatorio, conclude come il primo metodo sia piuttosto indicato pei miomi interstiziali e di piccola mole, e che inoltre non dà sempre serie garanzie di esito felice. E per l'atto operatorio, scartata la proposta castra-

zione che non vale che nei piccoli tumori che danno gravi emorragie, si decide per la esportazione del tumore stesso. Postasi davanti la gravità dell' operazione richiama alla mente quelle cause in cui secondo il Fritsch si è autorizzati ad operare; ed avendosene nel caso in questione due di queste, lo sviluppo del tumore in persona giovane, l'incapacità al lavoro, crede sia giustificato l'intervento operativo cui si accinge.

Si fa la operazione cingendo il collo del tumore con laccio elastico e si esporta il tumore di 2 chil. e mezzo.

Sotto il primo laccio elastico vien posto un doppio laccio elastico il quale vien poi ben fissato da punti di catgut, mentre il primo viene tolto. Il peduncolo regolarizzato e compiuta l' emostasi viene affondato nel peritoneo. Vi fu fuoruscita di anse intestinali. Non fu fognata la ferita. Andamento post operatorio apiretico, ma non completamente per prima intenzione, e l'ammalata esce guarita dopo un mese circa.

L'A. si dichiara contento del metodo di trattamento del peduncolo col laccio elastico, intraperitoneale, metodo che diedegli ottimi risultati in questo ed in altri casi, anzi tornerà su tale argomento in un prossimo lavoro, e ricordando le parole del prof. D'Antona che i pericoli dell'emorragia nel metodo intraperitoneale sono in rapporto con la imperfetta sutura del moncone uterino, il che gli fa preferire il metodo extraperitoneale, sembra all'A. che l' uso del laccio elastico debba migliorare la prognosi di tali operazioni per la grande facilità e per dare una perfetta emostasi.

Segré.

Fink. — **Ueber zwei Fälle von Resection des Coecums wegen Tuberculose. Enterorhaphia. Heilung** (*Due casi di resezione del cieco per tubercolosi. Enterorafia. Guarigione*). — Dalla clinica del prof. Gussenbauer. — *Prage Medicinische Wochenschrift.* N. 9, 1890.

Nella clinica del prof. Gussenbauer si presentarono due casi di occlusione cronica intestinale, per la guarigione dei quali si procedette alla resezione del cieco. In un primo caso la causa dello stringimento del lume dell' intestino era dovuta ad una tumescenza sviluppatasi nel corso di un anno, nella fossa iliaca destra. Questa tumescenza era della grossezza di un pugno, dura, irregolare e coinvolgente la sierosa dell'intestino, probabilmente carcinomatosa, e sembrava avesse preso suo punto di partenza dalla valvola ileocecale.

Dopo l'esportazione del cieco l' osservazione microscopica ha dimostrato che il tumore e la successiva stenosi dell'intestino erano dovute ad una forma di tubercolosi delle pareti intestinali.

La stessa forma patologica fu pure riscontrata anche in un secondo caso; nel quale, sia in seguito alla conoscenza del primo caso, sia riguardo ad altre manifestazioni tubercolari del paziente, la diagnosi di tubercolosi del cieco con consecutiva stenosi venne fatta prima dell' intervento operativo, e confermata dalla ricerca microscopica.

Accenna l'A. ad altre resezioni intestinali state praticate per stenosi cicatriziali, e che lo Czerny pel primo praticò cinque resezioni intestinali per ulceri tubercolari, di cui tre per tumore e stenosi tubercolare del cieco.

L'A. crede che in seguito a questi esempi e col progressivo miglioramento della tecnica della chirurgia viscerale e della scrupolosa antisepsi, si sia autorizzati di portare l'intervento operativo in tutte le manifestazioni tubercolari localizzate che provocano sintomi di stenosi, nello stesso modo che si operano le forme tubercolari degli altri tessuti.

Riferisce i dettagli dei sintomi presentati dal primo paziente; i preparativi prima dell'operazione, ed i momenti principali dell'atto operativo.

Riguardo a quest' ultimo è notevole l' isolamento del tumore, la recisione di un settore di mesenterio infiltrato di glandole leggermente ingrossate; la immediata riunione delle estremità intestinali con 40 punti di sutura a cifra otto (Gussenbauer), con seta e la copertura della parte suturata mediante un lembo di mesenterio tolto dal mesenterio dell' appendice vermiforme. Tutti questi momenti operativi vennero praticati fuori del cavo peritoneale e sotto la corrente continua di una soluzione calda di acido salicilico. — Provata la permeabilità del lume dell'intestino e riposto nell'addome il tratto intestinale, venne praticata la sutura a strati della parete anteriore previo drenaggio attraverso una controapertura della parete posteriore laterale dell'addome.

Il drenaggio fu soppresso in seconda giornata; la sutura esterna in decima. Guarigione per prima. L'andamento ulteriore del paziente fu soddisfacentissimo, per la funzione intestinale ristabilita, e pel miglioramento progressivo delle condizioni generali.

Dall'esame del tumore fatto dal prof. Chiari risultò: 1) nelle pareti del cieco una infiltrazione infiammatoria nello strato sotto-mucoso; un grande numero di tubercoli miliariformi nella tonaca muscolare; e l'esistenza di tubercoli miliari con cellule giganti nella contigua esterna superficie libera; 2) nelle glandole linfatiche molti tubercoli miliari, ed alcuni confluenti. Nessuna traccia di tessuto canceroso.

Nel secondo caso riferito, l'A. espone le molteplici manifestazioni di indole tubercolare, oltre alla tumescenza ed alla stenosi intestinale, che presentava il paziente. Quindi alla domanda se date queste gravi condizioni fosse possibile e consigliabile intraprendere un simile atto operativo con qualche speranza di successo, l'A. si mostra favorevole trincerandosi dietro la considerazione che la causa della stenosi intestinale tendeva a progredire sempre più, e che il paziente avrebbe

dovuto soccombere indubitatamente. Tuttavia rimaneva ancora un forte dubbio sull' indicazione e sulla possibilità dell'operazione; pel fatto che il tumore era mobile solo in pochissima estensione, e che l'infiltrazione delle glandole linfatiche era troppo diffusa.

Ma per questa seconda considerazione l'A. si proponeva di praticare eventualmente, se l'operazione non fosse stata possibile, la semplice enterostomia fra l'ultima porzione dell' ileo ed il colon ascendente, allo scopo di dar esito al contenuto intestinale. L' operazione venne condotta nello stesso modo che la precedente. Il tumore potè essere isolato; ed allo scopo di resecare anche la massa glandolare infiltrata, dovette praticare un altro taglio verticale sul ligamento del pouparzio e disseccare la guaina del fascio vascolare iliaco.

Il tumore resecato diede gli stessi risultati del caso precedente alla ricerca microscopica.

L'andamento consecutivo dell'operazione fu soddisfacente; così che la funzione intestinale si ristabilì dopo dieci giorni, e dopo tre settimane il paziente potè lasciare il letto.

Il paziente ricostituito in condizioni buonissime venne presentato dall'A. alla Società dei medici tedeschi in Praga.

Secchi.

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Seduta 28 febbraio 1890.

G. Berti. — Spostamenti uterini congeniti in neonate.

Presenta pezzi anatomici appartenenti a bambine morte rispettivamente, al secondo ed al primo mese, e dopo otto giorni di vita extrauterina. In un preparato si osserva antiflessione d'utero con andamento irregolare del sigma colico e rapporto anormale del retto coll'utero, in un altro si vede ancora tale sorta di flessione, ma di più appare come il retto deviando a livello della piegatura dell'utero vi abbia prodotto un'incisione notevole. Il terzo pezzo dimostra retroversione del corpo dell'utero in gran parte coperto dal retto e spostato a destra.

In entrambi i casi di flessione l'angolo era molto acuto ed inoltre si può benissimo osservare che manualmente la flessione non si lasciava correggere af-

fatto ma il viscere riprendeva tosto la posizione anormale di prima e di più la impressione lasciata dal retto sull'utero (preparato primo) e l'essere questo ridotto ad una laminetta indicano che la pressione esercitata dall' intestino durava da molto tempo; mentre poi neppure colla distensione artificiale della vescica si otteneva un cambiamento nei rapporti anormali della matrice.

Seduta 21 marzo 1890.

Prof. Peruzzi. Parla dell'operazione proposta da Sims per il vaginismo, avendo avuto occasione di praticarla in 5 casi e con esito brillante. L'ultimo riguardava una signora cha dopo sette anni di matrimonio non poteva più prestarsi al coito, ma era impedita di camminare e muoversi minimamente: i genitali esterni erano fortemente arrossati, le caruncole mirtiformi gonfie, turgide e fortemente iperestesiche, al minimo tocco producevasi un'esagerata e dolorosa contrattura dello sfintere vulvare. Guarigione in 20 giorni, scomparsa completa dei disturbi.

Prof. Putti. Non sa come le caruncole mirtiformi possano credersi la causa determinante del vaginismo che di cause ne ha parecchie: ricorda un caso in donna isterica che ne guarì colla narcosi cloroformica ripetuta due o tre volte.

Prof. Peruzzi. Nei suoi casi non ha mai riscontrato nè ragadi nè altre lesioni: crede debbasi distinguere il vaginismo essenziale dal sintomatico e che solo nel primo sia lecito intervenire al modo di Sims.

Villa.

Società ostetrica e ginecologica di Parigi.

Seduta 11 febbraio 1890.

Terrilon. — Ouverture des abcés profonds du bassin chez la femme par la laparotomie.

In un lavoro precedente (*Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie*, 1887, p. 367), l'A. sostenne che gli ascessi profondi e spesso mascherati dalle intestina aventi per lo più origine dagli organi genitali, devono essere attaccati mediante la laparotomia come che, questa costituisca il modo di intervento più sicuro e più perfetto perchè oltre al vantaggio di permettere al chirurgo di rendersi facilmente conto dei rapporti del volume e delle aderenze dell'ascesso, concede talora di esportarlo in totalità.

Ma esiste una varietà che è cagione di grandi imbarazzi, e cioè quella costi-

tuita dagli ascessi profondi, applicati contro il retto e separati dalle pareti addominali da uno spazio di 5-6 cent. pieno di anse intestinali più o meno aderenti. L'A. operò con successo quattro di tali casi attenendosi al seguente metodo: scollare e dislocare le anse intestinali, svuotare la tasca a mezzo dell'aspirazione e di poi spaccarla largamente, raschiando e disinfettandone in seguito la parete, ed infine riempiendo con garza iodoformica la saccoccia marciosa e lo spazio peritoneale intermediario fra essa e le pareti addominali. Le guarigioni ottenute provano che si può, in grazia alla disinfezione della cavità ascessuale ed al drenaggio colla garza iodoformica, aprire un ascesso profondo separato dalla cavità addominale da un certo spessore d'intestino: detta garza mantiene la disinfezione del focolaio, conduce all'esterno i liquidi secreti, ed ha sopratutto la proprietà di provocare a livello delle anse intestinali delle aderenze protettrici, che impediscono la diffusione di sostanze nocive nella cavità peritoneale.

Questo processo è lento in causa del drenaggio e della fistola che spesso gli tien dietro, ma ciò non deve far meraviglia poichè la parete dell'ascesso è costituita dalla mucosa della tromba che non ha tendenza a cicatrizzare, e che deve essere distrutta da una suppurazione prolungata.

Come conclusioni l'A. dice: attualmente il chirurgo può attaccare tutti gli ascessi profondi del bacino: lo farà per le vie naturali o colla semplice incisione delle pareti addominali quando questi ascessi faranno proeminenza da questo lato o collo scollamento del peritoneo dalla fossa iliaca se questo è necessario ed infine e sopratutto colla laparotomia. Il quale ultimo metodo deve, a seconda delle circostanze, esser applicato in due maniere: se la parete ascessuale può esser portata a contatto dei bordi della incisione addominale, fissandovela colla sutura, si isolerà la saccoccia purulenta dal peritoneo, che se questo processo non fosse applicabile si pulirà attentamente la cavità dell'ascesso e se ne farà il drenaggio colla garza iodoformica riempiendo nello stesso tempo lo spazio peritoneale intermediario al focolaio marcioso ed alla parete addominale.

Dott. F. Villa.

Società di medicina pratica di Parigi.

Discussion des méthodes de traitement électrique des fibro-myomes uterins.

Danion. — Mentre è convinzione pressochè universale che la guarigione dei tumori fibrosi non può ottenersi senza azione galvano-caustica intrauterina, o senza galvano-puntura in rapporto ad alte intensità galvaniche, l'A. considera

l'azione intrauterina e la galvano-puntura come del tutto inutili, e solo fa qualche rara eccezione per l'azione galvano-caustica.

Le contraddizioni che si riscontrano nel metodo Apostoli conducono fatalmente a concludere che è all' infuori della galvano-caustica chimica, sia intrauterina che ottenuta a mezzo di puntura, che si deve ricercare il meccanismo d'azione dell'elettricità.

L'A. agisce perifericamente con applicazione intracervicale ed intensità deboli 50-70 m. a. o col tampone elettrico e 120-130 m. a. ed invertendo la corrente. Queste inversioni prive di inconvenienti avrebbero un potere terapeutico straordinario tanto sulla scomparsa dei sintomi che sulla regressione del tumore.

Baraduc. — Sostiene il processo Apostoli, tuttavia per riguardo a quella specie di essicamento che determina, preferisce come più attivo il metodo da lui proposto sotto il nome di drenaggio linfo-galvanico.

Apostoli. — Difende il suo metodo dall'accusa di essere pericoloso ed anche mortale colla testimonianza di parecchi colleghi presenti che prendono parte alla discussione. Risponderà più tardi sul concetto teorico.

Nitot. — Dice che la regressione dei tumori fibrosi non è che parziale, e che anzi non è del tumore stesso essendo il risultato della scomparsa dei fenomeni di stasi venosa e linfatica dell' utero per l' influenza elettrica e per il risveglio della contrattilità muscolare. Questo risveglio è il mezzo utile d' esteriorare il fibroma interstiziale.

Weber. — Non crede alla completa guarigione: l'arresto dell'emorragia e la cessazione dei dolori è tutto quanto si può aspettarsi dall' elettricità. Non oltrepassa i 50 m. a. ed associa il massaggio.

Gautier. — Esperienze proprie dimostrano che le alte intensità sono intollerabili nelle applicazioni extrauterine della corrente galvanica. È impossibile che le malate sopportino più che 60 m. a. ed inoltre la mucosa vaginale si irrita in modo da riuscire presto intollerabili le applicazioni, e sopratutto se si inverte la corrente.

Danion. — Ripete che nel metodo Apostoli vi è come potenza reale, un'azione dinamica, e che la galvanocaustica non entra per nulla nei risultati e che è inutile e dannosa. Risponderà a Gautier.

Apostoli. — Danion presenta col proprio nome un metodo che non gli appartiene e gliene contrasta la paternità: si tratta di riinvenzioni.

Danion. — Risponderà presto a tutti e su tutto.

Journal de médecine de Paris, N. 17, 1890.

Dott. F. Villa.

Société de Chirurgie de Paris.

Seduta dell' 8 gennaio 1890.

Terrillon e Reclus citano ciascuno un caso di enorme fibroma uterino sviluppato nel legamento largo, operato con la laparotomia e seguito da guarigione.

Tillaux ricorda che non si devono confondere i tumori in genere dell'utero, sviluppati nel legamento largo, da quelli proprii del legamento; quelli frequenti questi rari. Accenna ad un caso di fibroma tipo del legamento largo da lui operato e già comunicato alla Società.

Seduta del 29 gennaio 1890.

Terrillon comunica l'ottava serie di ovariotomie da lui fatte alla Salpêtrière, sono 35, con 2 decessi dovuti entrambi a forma settica in seguito a incompleta asportazione della parete di cisti aderentissime.

Delle cisti due erano sarcomatose, una idatica. Terrillon insiste sulla possibilità dopo l'ovariotomia, di un ematocele retro-uterino, che egli osservò in un caso al venticinquesimo giorno, e su quella della coesistenza di una cisti ovarica e di una della tuba.

Seduta del 12 febbraio 1890.

Trattamento dei fibromi uterini col tampone vaginale elettrico e il permutamento delle correnti.

Lucas-Championnière completa una sua prima comunicazione su questo soggetto dicendo che ormai Danion non si serve più d'un elettrode intra-uterino, ma di un tampone intra-vaginale. Questo metodo è meno pericoloso e meno doloroso. D'altronde i risultati sono assolutamente gli stessi che nei casi in cui l'elettrode è situato nella cavità del collo o del corpo, o nello stesso tessuto uterino per punzione.

Basta mettere nella vagina l'elettrode di platino circondato di cautciù meno all'estremità in contatto col collo. Danion trova molto a ragione questo metodo meno pericoloso, giacchè le punture intra-uterine portarono talvolta degli accidenti. Egli insiste anche sul vantaggio che si ha nel permutare la corrente, il che non è che quistione di tecnica. Basta una corrente da 80 a 130 milliampères. La corrente dev'essere un po' più forte che nei casi di elettrode intra-cervicale,

giacchè per la vagina vi ha una leggera perdita di elettricità. Questo metodo è specialmente raccomandabile nelle donne vecchie oltre i 40 anni: il giovamento non è che temporaneo nelle più giovani. Così scompaiono i dolori e le emorragie, e spesso diminuisce il volume dei tumori. Permutando la corrente i risultati sono più spiccati. L'elettricità ben inteso non s'applica a tutti i casi, e non è la parte più facile lo stabilirne le indicazioni.

Seduta del 19 febbraio 1890.

Richelot riferisce un caso di Millot-Carpentier (di Monlécouvé), di fibromioma dell'ovaio sinistro, ovariectomia, morte. Porta anche la statistica delle operazioni addominali fatte da Millot-Carpentier in numero di 14 con 2 morti.

Le Dentu fa una comunicazione su una varietà rara di fibromi della parete addominale. Nel 1881 egli praticò l'ovariotomia in una donna di 38 anni; nel 1888 si presentò quella donna con un tumore nella cicatrice, mediano, grosso come una noce, iniziatosi dal 1882. Le Dentu non pensò nemmeno al sarcoma e lo credette sviluppato attorno ad un filo. Lo escise con una nuova laparotomia e alla sezione del tumore non trovò corpo estraneo di sorta. Guarigione rapida. Non fu fatto l'esame istologico. Le Dentu non crede trattarsi di un cheloide, perchè il tumore appariva sviluppato nello spessore della cicatrice, fra pelle e peritoneo. Era aderente al peritoneo, quantunque bene incistato e non divenne aderente alla pelle che tardi. Le Dentu lo crede un fibroma semplice, senza relazione con le ossa del bacino, sviluppatosi in una cicatrice. L'inferma, operata già da 20 mesi, sta bene.

Routier è d'avviso che non tutti i fibromi della parete addominale siano in rapporto con le ossa del bacino. Egli ne ha osservato uno a livello di un orificio erniario, senza peduncolo; tuttavia il peritoneo presentava a questo livello una specie di vestigio erniario.

Terrillon pensa che si debba sempre aver presente la possibilità di recidive nella piaga dopo ovariotomie per cistovario; egli vide in un caso recidiva dopo 7 mesi nella cicatrice; l'asportò; 7 mesi dopo morte per forma medica. È da rimpiangere che non sia stato fatto l'esame istologico.

Berger dice: non tutti i fibromi delle pareti addominali hanno un peduncolo che li unisca al periostio. Egli ha 4 osservazioni in cui ne manca ogni traccia. Questi fibromi si sviluppano dalle aponeurosi dell'addome; egli non osservò mai fibroma delle pareti addominali con peduncolo manifesto.

Pée cita un caso invece dove egli ha trovato un peduncolo distinto del volume d'una penna d'oca.

Terrier deplora molto che non sia stato fatto l'esame istologico; egli ha

osservato recidive molto lontane nelle cicatrici da cisti ovariche (in un caso cinque anni dopo).

Le Dentu mantiene la sua diagnosi di fibroma.

Trattamento delle endometriti col raschiamento.

Bouilly comunica i suoi risultati e fa alcune osservazioni sul metodo e su le indicazioni. Dal 1887 egli ha fatto 81 volte il raschiamento uterino, e in 69 casi potè controllare il risultato. Per ammettere un miglioramento in seguito alla operazione aspettò almeno un anno. In questa statistica non entrano che due sorta di endometriti, la semplice e quella accompagnata da tali lesioni degli annessi, modificabili secondo l'autore per mezzo del raschiamento uterino. Esclude le endometriti con lacerazione del collo che richiedono un'operazione complementare, e quelle accompagnanti polipi o fibromi uterini. Il raschiamento fu impiegato solo dopo esauriti gli altri mezzi di sussidio ginecologico. Le tre indicazioni principali che l'hanno determinato ad intervenire furono: metrorragie abbondanti o leggere ma frequenti; le perdite muco-purulente abbondanti; i dolori. Il metodo operatorio a cui si è attenuto è il seguente: anestesia, dilatazione preventiva durante 48 ore con un cilindro di laminaria, che egli preferisce alla dilatazione rapida. Impiega un cucchiaio di Sims o di Socin un po' tagliente. Il collo è la parte più difficile da pulire. Cauterizza poi la mucosa al Z. Cl.² (metrorragie), o alla glicerina creosotata (perdite mucose), talvolta alla tintura di iodo. Tamponamento uterino con garza iodoformica. Non osservò mai complicazioni, tranne in 4 casi una leggera sensibilità persistente in vicinanza all'utero e una molestia addomino-pelvica fugace. Perdette di vista 12 malate e notò 39 guarigioni, 15 miglioramenti (scomparsa almeno dei sintomi principali), 15 insuccessi. I risultati migliori si ebbero nelle varietà emorragiche; i miglioramenti appartengono quasi tutti a casi di perdite muco-purulente abbondanti; in 3 di questi casi gli annessi erano malati, ma l'operazione non portò alcun giovamento. Rimarchevole un caso in una vecchia di endometrite caseosa. Dei 15 insuccessi le cause sono state: 1.° Uno sbaglio nella tecnica operatoria. 2.° La reinfezione dell'utero dopo la dimissione dell'ospedale o nella convalescenza: il che avviene assai facilmente sia per l'uso di cannule sporche, che per mancanza di un'antisepsi post-operatoria. 3.° L'esistenza di una varietà anatomica di metrite, assai ribelle; è l'endometrite glandolare del collo con catarro mucoso, quasi solido, varietà, nella quale le glandole del collo sono prese in totalità ed è impossibile col raschiamento distruggerne i cul di sacco, veri nidi di microbi, che riproducono il catarro. 4.° L'esistenza di lesioni negli annessi. Riassumendo il raschiamento è nella cura delle endometriti una risorsa preziosa; unica nelle forme

inveterate, ribelli con emorragie. Le forme muco purulente non ne sono ordinariamente che migliorate, il processo ha risultati incerti per il catarro cervico-uterino, e nulli o quasi se coesistano lesioni degli annessi.

Terrillon segue lo stesso processo, tranne che usa un cucchiaio speciale, sorta d'elica in acciaio, montata su un mandrino: loda il tamponamento intrauterino, condivide le idee espresse da Bouilly circa i pericoli della reinfezione, e il fatto degli insuccessi coesistendo lesioni degli annessi.

Lucas-Championnière dice che non bisogna prendere il raschiamento come una panacea contro tutte le affezioni uterine. Non crede utile il tamponamento intrauterino, bastando il vaginale. Se vi sono lesioni degli annessi il raschiamento è inutile, anzi pericoloso. Così in certe ovariti cistiche, le perdite vanno dovute, secondo lui, a la congestione dell'utero.

Terrier mette maggior tempo a dilatare l'orificio uterino, in media 5 a 6 giorni, e se ne loda. Da qualche tempo non tampona più l'utero con garza iodoformica, ma pone un tubo di drenaggio sostenuto da tamponi vaginali: il tubo cade da sè e i tamponi sono ritirati man mano si presentano alla vulva. Dopo l'operazione egli ha notato vomiti per 24 a 48 ore dovuti ad azione riflessa. Se coesiste una salpingite leggera, incipiente, essa può migliorare dopo il raschiamento; non più se è accentuata o suppurata. Aggiunge alle cause di reinfezione il coito e osserva a questo proposito che la natura eziologica delle metriti è ancora in gran parte oscura, e dovrebbe essere studiata massime sotto il rapporto microbico. Conviene nel resto col relatore.

Bouilly riassume dicendo che il raschiamento si deve applicare a lesioni localizzate a l'utero: ammette il fatto che le salpingiti leggere incipienti possono esserne favorevolmente influenzate, e riconosce vere le perdite di natura riflessa per ovariti sclero-cistiche.

Seduta del 26 febbraio 1890.

Trélat crede che il solo raschiamento può talvolta portare la guarigione delle lacerazioni del collo, e che l'operazione di Emmet sia raramente necessaria. Se la laminaria non dà dilatazione sufficiente adopera i mandrini di Hegar. Usa 3 cucchiai: uno grande di Simon-Wolkmann, uno di Sims a cucchiaio perpendicolare al manico, uno piccolo pel collo. Non tampona l'utero, ma solo la vagina. Ha fatto in 3 anni 206 raschiamenti. Ammette essere i risultati migliori nelle forme emorragiche, che nelle catarrali. Ha 5 casi, in cui gli annessi erano dolorosi ed esisteva tumidezza della salpinge, che guarirono col solo raschiamento; onde consiglia di fare in casi di tal genere, e prima della laparotomia il raschiamento, tranne se minacciano gravi accidenti, quali imminenza di rottura dei tumori tubarii.

Routier fa raramente il raschiamento; usa la laminaria; lo crede inutile, anzi dannoso se esiste salpingite; ammette migliori i risultati nelle forme emorragiche che nelle catarrali. Fece 24 raschiamenti.

Terrillon cita la sua statistica di 3 anni (63 raschiamenti). Anch'egli trovò utilità massima nelle forme emorragiche, nessun vantaggio per affezioni concomitanti degli annessi. In 4 casi di sarcoma uterino raschiando, raccolse detriti, il cui esame giovò al diagnostico.

Richelot (51 raschiamenti) segue il metodo di Terrier: amputa spesso il collo, giacchè se questo è malato, è pressochè incurabile col raschiamento, non capisce come le cannule vaginali possano infettare l'utero; con Trélat crede che possa migliorarsi la salpingite coesistente. Osserva a Lucas-Championnière, ciò che questi diceva altra volta, cioè che ogniqualvolta una donna soffre all'addome sono gli annessi ammalati, non l'utero.

Lucas-Championnière pensa infatti che troppo spesso si attribuiscono all'utero sofferenze che son legate agli annessi. Ammette però casi in cui il dolore è dovuto alla semplice deviazione uterina, come nelle retroposizioni.

Seduta del 5 marzo 1890.

Richelot ripete che Lucas-Championnière esagera; giacchè ha visto donne con dolori e con una metrite semplicemente. Anche Trélat si unisce a lui. Lucas-Championnière mantiene il suo asserto. Terrier dice che col raschiamento egli fa talvolta l'amputazione di collo per metrite cervicale; e se lo fa ora più raramente di prima si è perchè a tale operazione consegue spesso l'atresia dell'orificio uterino.

Trélat dice che è vero, ma che è un'atresia che si può facilmente dilatare.

Terrillon riferisce su un' *operazione di Alexander* fatta da Lagrange (Bordeaux) cinque mesi prima e con ottimo successo. Osserva esservi stata l'indicazione principale di « utero mobile, » ma che 5 mesi sono pochi, avendo nella sua esperienza pratica visti degl'insuccessi molto tardivi (fino a 11 mesi). Crede che Lagrange ha torto di non raccomandare l'uso di pessarii o tamponi dopo l'operazione.

Trélat in quest'operazione segue il processo di Segond; dice che è necessario asportare 10-12 cent. dei legamenti. Non usa pessario dopo l'operazione.

Bouilly crede le recidive rapportabili allo stato del pavimento pelvico; consiglia quindi la restaurazione del perineo contemporaneamente. La retroversione va congiunta spesso a prolasso uterino.

Schwartz non ha mai osservato recidive dopo 3 mesi dall'operazione, buona nei casi d'utero mobile facilmente riducibile. Preferisce la seta al catgut.

Le Dentu ebbe una recidiva rapida su 3 casi operati; crede eccezionali le recidive lontane.

Terrillon ammette l'importanza dello stato del pavimento pelvico.

Brun riferisce un caso di colpocistotomia per cistite dolorosa cronica con consecutiva nefrectomia per pielonefrite. La nefrectomia fu sotto-capsulare e per la via lombare non essendo riuscita la laterale. Dopo alquanto tempo chiuse la fistola vescicale. L'ammalata è guarita; egli ha citato l'osservazione, perchè recentemente era stato detto essere un errore chirurgico la cistotomia nelle cistiti croniche.

Seduta del 12 marzo 1890.

Monod porta un caso simile al precedente.

Le Dentu osserva che la colpocistotomia è utile nei casi di cistite con compartecipazione soltanto incipiente degli ureteri. Se vi è pielonefrite, si deve fare la nefrectomia.

Schwartz ha fatto due volte la cistotomia vaginale con buon esito. Insiste sulle difficoltà di chiusura delle fistole vaginali consecutive.

Terrillon porta un caso suo di tale operazione con nefrectomia e con esito splendido.

Seduta 12 marzo 1890.

Trattamento dell' endometrite col cloruro di zinco.

Polaillon adopera dei cilindri formati di farina e cloruro di zinco, lunghi quanto la cavità uterina in cui li introduce, tagliandoli a livello del collo e tamponando con garza iodoformica la vagina. La loro grossezza varia secondo il diametro della cavità uterina e l'intensità della cauterizzazione che si vuole ottenere Nelle endometriti emorragiche da 4-5 mill. in forme più leggiere 2-2 1[2 mill. L' escara cade dal quarto al dodicesimo giorno e rappresenta uno stampo della cavità. Questo processo vale il raschiamento meglio eseguito. Il decorso è benigno: i dolori nulli o modici: non si fanno che iniezioni vaginali antisettiche. Se persistono i dolori, si rinnova la cauterizzazione. Sono influenzate beneficamente infiammazioni coesistenti delle ovaie e delle tube; in ogni modo non si aggravano. Il metodo non richiede anestesia o antisepsi preventiva. L' utero riprende presto le sue funzioni. Su 57 malate così trattate 40 guarirono, 11 non furono seguite, 5 non guarirono, 1 migliorò. Fra esse 13 avevano forme salpingo-ovariche; 8 ne furono liberate, tre no.

Pozzi obbietta che il processo determina dopo due, tre anni stenosi del collo per sclerosi, di più non si può limitare l'azione del caustico e talvolta si hanno stenosi dell'orificio tubario. Preferisce il raschiamento e dice com' egli lo fa, accompagnandovi spesso l'amputazione biconica del collo.

Trélat pure preferisce il raschiamento al metodo Polaillon comodo sì, ma malsicuro.

Seduta del 19 marzo 1890.

Indicazioni operatorie della nefrectomia per cancro renale.

Quénu — In pratica vi sono due sorta di tumori maligni del rene: 1) quelli dei bambini, 2) quelli degli adulti.

I primi hanno un andamento rapido, e se si opera, con grande probabilità la morte avviene in poche ore o giorni, e cita un suo caso, infausto ad onta di tutte le precauzioni e di emostasi perfetta, in un bambino di cinque anni. In questi casi la nefrectomia è sempre, se non da proscriversi, certo operazione gravissima e poco incoraggiante.

Invece nell'adulto l'esitazione è assai meno permessa, e senza far distinzione, dal punto di vista operatorio, fra il sarcoma e l'epitelioma, si deve rapidamente intervenire, tosto che si sospetta una forma maligna del rene da uno dei segni seguenti: Ematuria, tumore renale. Quénu preferisce la laparotomia esplorativa a l'endoscopia vescicale, giacchè si può rendersi conto esatto della sede e della estensione del male. D'altronde essa costituisce il primo tempo di una nefrectomia transperitoneale, che secondo lui è operazione di scelta, più che di necessità, permettendo essa sola l'estirpazione dei tessuti perirenali malati e dei vicini gangli linfatici degenerati. L' incisione mediana, come in tutte le laparotomie, è la migliore, e più l'intervento è precoce, maggiori sono le probabilità di un successo, che si può avere anche in gravi circostanze come lo prova il seguente fatto clinico:

Donna di 42 anni, malata da 10 anni, che rientra all' ospitale Bichat, nel servizio di Terrier con diagnosi di cistovario. Da qualche anno una gravidanza aveva esagerate le sofferenze. Stato generale molto depresso: mai ematuria. Terrier, Quénu e tutti quelli che videro l'inferma fecero diagnosi di cisti ovarica aderente e infiammata.

Durante l'operazione, che fu una nefrectomia transperitoneale, si credette trattarsi di sarcoma cistico dell'ovaio. Degenerati erano i ganglii lombari. Sezionato il tumore si riconobbe trattarsi, come fu confermato dall' esame istologico, d'un epitelioma renale con focolai ematici. La malata guarì.

Le Dentu nota l'interesse anatomo-patologico del caso, trattandosi di una varietà di cancro renale ematico a grandi cavità, poco conosciuta. Crede averne osservati 2 casi analoghi, ma non potè fare l'autopsia.

Terrier dice che le grandi cisti sierose del rene, possono, come i cancri di quest'organo, essere sede di emorragie intracistiche. Ma nella questione delle cisti renali c'è ancora molto da studiare. Forse queste cisti emorragiche del rene sono da avvicinarsi ai cancri con focolai ematici.

Le Dentu lega volontieri ai tumori maligni renali le cisti emorragiche di quest'organo.

Le Progrès Médical, N. 2, 5, 7, 8 e 12, 1890.

MARONI.

NOTE DI TERAPEUTICA UTERINA

BALZER et CHEVALET. — **De l'emploi du retinol et de la colophane dans le traitement de la vaginite.** — *Médecine Moderne*, 21 aprile 1890.

Il retinol è un idrocarburo liquido di color bruno o giallo, di consistenza adiposa, leggermente amaro e di reazione debolmente acida che venne già usato in America nella cura della gonorrea sotto forma di capsule e quale materiale di medicazione delle scottature e delle metriti.

Partecipa delle proprietà antisettiche degli altri balsamici ed offre il vantaggio di sciogliere una gran quantità di sostanze attive, quali l'olio di cade, il salolo, il naftolo, il balsamo dei Perù, ecc.

Introdotto puro nella vagina, ne ricopre le pareti d'uno strato asettico, e non cagiona bruciore o dolore. In quaranta casi di vaginite il tampone imbevuto di retinol diede buoni risultati. Tale sostanza mescolata a suturazione colla colofonia forma una massa che si fonde facilmente nella vagina, ma che si solidifica alla vulva. Si può aggiungere anche del tannino, o del borato di soda, alla miscela predetta, che per essere solida può sotto forma di pallottola essere introdotta nella vagina dalle stesse malate, ad intervalli di 4-5 giorni, restando la parte continuamente medicata per il fondersi del preparato nell'interno del canale.

Dott. F. VILLA.

P. Ménière. — **Soluzione contro la vulvite ulcerosa.** — *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes.* Febbraio, 1890.

Nei casi di vulvite ulcerosa delle diabetiche si praticano giornalmente polverizzazioni colla seguente miscela:

Naftolo B	gr.	1
Tintura di legno di Panama	»	10
Estratto di giusquiamo	»	4
Acqua distillata	»	76

f. s. a. emulsione.

Il liquido tiepido si polverizza sulle parti malate, divaricando le piccole labbra, e si ottiene così in 8-10 giorni la guarigione. Trattamento interno classico. Dott. F. Villa.

I. Cheron. — **De l'association de l'ignipuncture profonde du col de l'utérus et du curettage de la cavité utérine.** — *Revue medico-chirurgicale des maladies des femmes.* Avril, 1890.

I successi ottenuti dall'ignipuntura profonda del collo furono tali che l'A. partigiano convinto del raschiamento quale mezzo profilattico e curativo dl molte malattie dell'apparecchio genitale muliebre non stimò conveniente l'abbandonarla, ed anzi credè logico associare le due operazioni in modo da completare l'una coll'altra. I risultati furono splendidi poichè su 316 casi ebbe solamente 9 insuccessi.

Il raschiamento, che deve farsi per primo, viene dall'A. praticato previa dilatazione estemporanea del collo, senza abbassare l'utero alla vulva e con cucchiai che avendo asta flessibile possono facilmente essere portati in cavità, col modificare la curva a seconda del caso.

L'ignipuntura si pratica con una lancia sottile (galvanocaustica o termocauterio) che si infigge profondamente per 1 1[2-2 cent. e per 20 volte almeno: nei casi di ectropion voluminoso si faranno anche 60-80 punture ben inteso nella stessa seduta. Irrigazione vaginale, tamponamento colla garza iodoformica.

Non seguono nè irrigazione, nè cauterizzazione endouterina.

Riposo assoluto per otto giorni, ghiaccio a permanenza sul ventre: si rinnova il tampone ad ogni 3-4 giorni sino a cicatrizzazione completa.

L'A. riassume così le sue idee: la complessità delle lesioni uterine indica l'associazione del raschiamento e dell'ignipuntura che devono essere praticate in una sola seduta e senza abbassare l'utero alla vulva. Dott. F. Villa.

A. F. Philippeau. — **Antisepsi delle vie urinarie nella donna.** — *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes.* Febbraio, 1890.

Per assicurare l'antisepsi delle vie orinarie o rendere asettiche le orine nelle cistiti e blenorragie si usino le seguenti preparazioni:

Biborato di soda		gr. 6 a 10
Sciroppo di lamponi		» 30
Acqua distillata di lattuga	ana	» 75
» » tiglio		

un cucchiaio da zuppa ogni due ore.

Acido benzoico	gr. 2 a 4
Glicerina pura	» 10
Sciroppo di garofani	» 25
Sciroppo gommoso	» 120

da usarsi come sopra.

Biborato di soda	ana	gr. 4 a 6
Benzoato di soda		
Sciroppo di tolù	ana	» 50
Acqua distillata di menta		
Acqua distillata di tiglio		

da usarsi come sopra.

Si può usare la creolina in capsule alla dose di 5-10 per giorno.

Creolina	centigr. 1
Olio di faggio	gr. 1

in capsula gelatinosa oppure:

Creolina		gr. 1
Estratto di liquerizia	. . .	» 6
Polvere di liquerizia		

per fare 50 pillole da prendersene al 5-10 al giorno.

Acido salicilico	gr. 1.50
Borato di soda	» 2
Sciroppo di fiori d'arancio	» 30
Acqua distillata di tiglio	» 120

da prendersi a cucchiai nella giornata.

Acido salicilico	gr. 2
Alcool a 90°	» 8
Acqua distillata	» 200

da prendersi a cucchiai.

Dott. F. Villa.

Ueber die Anwendiing des Ichthyols bei Frauenkrankheiten *(Dell'uso dell'Ittiolo nelle malattie delle donne).* — *Wiener Medizinische Wochenschrift,* N. 13, 1890.

H. W. Freund vi è molto favorevole per la propria esperienza nella clinica ginecologica di Strasburgo, e ne riferisce nella *Berliner Klin. Wochenscrift.* Nella metrite cronica, nella perimetrite cronica o subacuta, con formazione di essudati o di aderenze, nelle forme cicatriziali della vagina e della porzione vaginale dell'utero, nella parametrite cronica, nella ooforite e nella salpingite, nelle erosioni del collo e nel prurito dei genitali esterni l'ittiolo può portare dei risultati notevolmente rapidi e lodevoli. L'uso è per via interna ed esterna; internamente si dà in pillole di 0.1 tre volte al giorno; più tardi si raddoppia la dose. Esternamente è usato su tamponi vaginali nella seguente formola:

Ammon. sulfo-ittiolo . . .	gr. 5-0
Glicerina	» 100-0

Per un'energica cura risolvente lo si friziona, o come unguento (a parti uguali con lanolina), o come sapone (Ittiolo solfo-ammonico 8-0, sapone verde 80-0), sulle pareti addominali; infine a raggiungere lo stesso scopo è portato nel retto come suppositorio (0.05, per 0.2 di burro di cacao). Nelle erosioni furono fatte pennellazioni di ittiolo solfo-ammonico puro, e ottenute guarigioni molto rapide. Nel prurito si raccomanda la succitata forma di unguento e una soluzione acquosa al 10 0[0 per pennellazione. L'odore può essere mascherato mediante l'uso di un po' di cumarina. Non si osservarono effetti dannosi concomitanti nè per l'uso interno, nè per l'esterno. Per contro, il primo apportò un miglioramento dello stato generale, rialzamento dell'appetito, e regolarizzazione delle funzioni intestinali. I risultati dell'uso intravaginale furono poi a dirittura stupefacenti. Insieme a l'uso de l'Ittiolo fu praticato un razionale trattamento dietetico (bagni salini e fangosi), e, dopo la scomparsa di ogni dolore, il massaggio e l'elettricità.

MARONI.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XII. Ottobre 1890. Num. 10.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI MODENA
Prof. E. F. Fabbri.

Ulteriore contributo allo studio della placenta marginata

PEL
Dott. GIUSEPPE RONCAGLIA
Medico assistente e libero docente in Ostetricia.

Nell'anno ultimo scorso ebbi occasione di pubblicare nel fascicolo ottavo di questo stesso giornale un contributo allo studio della *placenta marginata*, descrivendone due esemplari e discutendo le varie teorie emesse fino allora intorno alla genesi di siffatta anomalia.

Lo scarso materiale mio e quello fornitomi dagli autori intorno a questo speciale argomento non mi poterono somministrare fatti così dimostrativi da dedurne se non ipotesi più o meno probabili. Convinto che ogni nuovo contributo possa concorrere a portare maggior luce sopra un argomento ancora alquanto oscuro, ho creduto non inutile aggiungere un altro non piccolo contingente presentatomisi dopo la sovraccennata pubblicazione e consistente in 8 casi di placenta marginata. E perchè lo studio dei medesimi possa riuscire più chiaro e più proficuo non mi limiterò a darne un cenno riassuntivo, ma mi allargherò a descriverne tutte le particolarità accompagnandoli colla esposizione della parte clinica che li riguarda.

***

Osservaz. I. — Primipara, d'anni 20, nubile, servente; è ammessa in clinica ostetrica il 12 novembre 1889, col N. 3. Ultima mestruazione terminata alla fine del febbraio; gravidanza a decorso normalissimo. Parto l'11 dicembre terminato col forcipe al fondo pelvico per inerzia. Estrazione di un feto di sesso femminile vivo del peso di grammi 3330, in presentazione del vertice, seconda posizione; secondamento per espressione, 20 minuti dopo. La placenta è marginata ed ha forma leggermente ovale; l'inserzione del funicolo è eccentrica, a 3 centim. dall'orlo placentare. L'apertura delle membrane non allargata dista 6 cent. dalla periferia placentare. I diametri della placenta sono 16.5 × 18; quelli della sola area intramarginata sono di 13.5 × 16; la larghezza massima del margine è di 1.8 cent. La grossezza della placenta nella porzione marginata è di 2.8 a 3.1, nel centro è di 3.1. La porzione marginata non sporge sul livello dell' intramarginata. Nel limite della parte intramarginata esiste una piega del chorion, che ovunque trasparente anche laddove copre il margine, mostra tutt' attorno alla porzione intramarginata un tratto largo in media dai 4 ai 5 mm. opaco a forma di nastro, l'orlo interno del quale si stacca facilmente dal sottostante piano, mentre l'orlo esterno continuasi col chorion del margine, alla cui periferia quello aderiva colla decidua. Tra il chorion ed il margine trovansi traccie sottili e non continue di tessuto grigiastro, che notasi, in modo anche meno marcato, fra le due pagine formanti la piega choriale. L'amnios passa sulla piega senza internarlesi sotto. Dalla superficie tutta del margine il chorion si stacca facilmente lacerandosi esilissimi e scarsi villi, fino alla piega; quivi occorre un po' di forza maggiore per dividere i due foglietti di essa; disfatta però, non continua a riescire facile il distacco del chorion dal tessuto sottostante, perchè quivi sono normali i rapporti fra chorion e la placenta.

Osservaz. II. — La placenta riferentesi a questo caso mi è stata favorita dal prof. Fabbri, che ebbe a raccoglierla a Bologna da una donna della sua pratica privata. Ipara, d'anni 24, gravidanza a decorso normalissimo, parto a termine il 25 dicembre 1889, naturale, facile, di feto vivo di volume normale, in presentazione del vertice, prima posizione. Il secondamento, ritardato nel suo 3° tempo, (perchè la placenta in causa della sua grossezza non potendo ripiegarsi a doccia o a parasole incontrava ostacolo ad attraversare la porzione inferiore della vagina e la vulva) fu terminato a mezzo di trazioni sul funicolo 40 minuti

dopo. Placenta e membrane complete; l'apertura di queste è al polo opposto a quello in cui trovasi la seconda. La placenta è a forma ovale e marcatamente marginata; i suoi diametri sono di 13.5 × 16 centim.; l'area coriale intramarginale ha forma perfettamente circolare con un diametro di 10.5 centim. La larghezza massima del margine è di 3 centim., la minima di 1.8. Il funicolo, lungo 77 cent. è inserto alquanto eccentricamente. La grossezza della placenta è di 3 cent., ovunque. La porzione intramarginale è in un piano più basso del margine, dal che risulta una forma a conca della faccia fetale. È manifestissima l'esistenza della piega del chorion larga 8 mm. e piuttosto grossa; l'amnios vi passa sopra senza penetrare sotto all'orlo libero di essa.

Cominciando a staccare il chorion dalla periferia placentare vi si riesce facilmente strappando rari ed esilissimi villi; fra il chorion ed il margine esistono traccie di tessuto grigiastro, che penetra pure fra i due fogli della piega, ove in alcuni tratti è piuttosto grosso, e che poi assume come la forma di cordoncino nel fondo cieco della piega. Tolto l'amnios il dito si interna facilmente sotto la piega che solo una esile conglutinazione tiene adesa al sottostante chorion placentare. Alla periferia della placenta la decidua dalla faccia uterina di quella passa sul chorion senza interruzione.

Osservaz. III. — VIIpara, d'anni 37, massaia, accolta in clinica ostetrica l'11 dicembre 1889 ed inscritta al N. 10. L'ultima mestruazione è finita l'8 aprile. Gravidanza sotto ogni punto di vista normale. Parto il 30 dicembre, naturale, facile, di un feto vivo di sesso maschile del peso di grammi 3560, e lungo 50 centim., in presentazione del vertice, quarta posizione. Il secondamento avviene spontaneo dopo 20 minuti.

La placenta è marginata ed ha forma ovale, col diametro massimo di 16 centim. ed il minimo di 15 centim. L'apertura delle membrane dista 7 centim. dal margine placentare. L'inserzione del cordone è alquanto eccentrica; dal punto di attacco del funicolo alla seconda partono tutt'attorno numerosi vasi i quali giunti a 3 o 4 centim. dal bordo della placenta, scompaiono all'occhio osservatore; da questo punto comincia la forma perfettamente marginata. I diametri dell'area intramarginale, che ha anch'essa forma ovale, misurano 9 × 11 cent. La larghezza massima del margine è di 4 cent., la minima di 2. Lo spessore della placenta al centro è di 2.1, al margine di 1.8. Non esiste dislivello fra la superficie marginata ed intramarginata; solo nel tratto dove comincia la marginatura notasi un piccolo rialzo dovuto ad una piega del chorion lungo 5-6 mm. entro la quale si insinua per circa 2 mm. l'amnios che svolgesi però colla massima facilità da tutto il chorion. Detta piega choriale occupa in lunghezza poco più di 1[3 della circonferenza interna del margine, dai suoi estremi va man mano diminuendo in lar-

ghezza tanto che si perde sfumata. Il chorion si stacca facilmente dalla superficie del margine, la quale presentasi liscia e coperta da esilissimi strati di una membranella grigiastra, tanto sottile che attraverso ad essa traspare il colorito rossiccio della sostanza placentare. Detta membranella che continua entro la piega del chorion appare all'orlo placentare manifestamente una propagine staccantesi dalla decidua rivestente il chorion nel punto in cui questo si allontana dalla seconda. Nello staccare il chorion dal margine notansi sottili e scarsi villi che lo legano al sottostante tessuto.

Osservaz. IV. — (occorsami nella pratica privata). Ipara, d'anni 34, servente, gravidanza normale, inizio del travaglio a termine il mattino del 23 gennaio 1890. Vengo chiamato al mattino del 24 per eccessiva lunghezza del periodo espulsivo che dura da 5 ore, per resistenza del fondo pelvico ed inerzia relativa. Estraggo col forcipe un feto di sesso maschile, peso 3750, profondamente asfittico, in presentazione del vertice, prima posizione, e che a poco a poco riesco a rianimare. Dopo 30 minuti emorragia; estrazione manuale della placenta che è in parte ancora aderente a destra e molto in basso. La placenta ha forma complessivamente ovale, senonchè vicino ad un estremo la periferia mostra nei due lati più lunghi due insenature dalle quali deriva una forma come a biscotto, con un lobo maggiore ed uno minore; è poi a forma marginata. I diametri suoi sono 15 × 20. La porzione intramarginale ha forma pure ovale coi diametri 9. 5 × 12, ed è tutta compresa nel lobo maggiore suddetto. Il margine è largo 2. 5 centim.; il lobo minore, che è tutto marginato, è largo 6 centim. La grossezza del lobo marginato è di 3 centim. di 2 a 16 quella delle rimanenti parti. Il chorion si stacca da tutta l'estensione del margine al quale è lassamente aderente per mezzo di uno strato sottile del solito tessuto grigio-giallastro, che manca affatto però fra il chorion ed il margine del lobo minore. Esiste una piega del chorion strettissima (2-3 mm.) che attraverso all'amnios trasparente appare come una striscia bianca splendente. L'apertura di passaggio del feto da un lato ha per limite il bordo libero del lobo minore della placenta, al quale non è attaccato alcun lembo di membrane, che del resto sembrano complete. Il più volte accennato lobo minore era appunto quel tratto di placenta che all'atto del secondamento artificiale trovavasi ancor aderente all'utero.

Osservaz. V. — II para, d'anni 26, prostituta, entra nella clinica ostetrica il 28 gennaio 1890, ed è inscritta al N. 23. È in travaglio d'aborto al sesto mese. La prima gravidanza, 2 anni prima, si interruppe al quinto mese. Non presenta nessuna traccia di sifilide. Il feto nacque vivo e visse 36 ore, il secondamento fu spontaneo dopo 15 m. p.

La placenta mostra la superficie coriale quasi perfettamente rotonda coi diametri di 6 × 6.5; il funicolo vi è inserto alquanto eccentricamente. La superficie materna normale è pure rotondeggiante coi diametri di 10.5 × 12. In questo caso adunque la faccia fetale è molto meno grande dell'opposta faccia materna. La grossezza della placenta era ovunque di 3.5 a 4. La faccia coriale era a conca. Alla superficie esterna del chorion aderisce la decidua, la quale, precisamente nel tratto in cui il foglio coriale si stacca dalla placenta, mostra un ingrossamento vistoso, formante una massa di tessuto grosso, duro, grigiastro, che va sfumando man mano allontanasi dalla placenta, al cui orlo è attaccato colla parte sua più grossa. Detto ingrossamento largo 2 a 3 cent. è perfettamente continuo, ed occupa tutta la circonferenza placentare. Adagiando la placenta su un piano, colle membrane alquanto sostenute, notasi che l'ingrossamento deciduale si ripiega tutt'attorno indentro, introflettendo il chorion e dando così luogo ad una piega choriale identica a quelle osservate negli altri casi, solo di queste molto più grossa, perchè è molto grosso lo strato di tessuto che la ferma. L'amnios segue il chorion nella piega. L'apertura delle membrane per la quale è uscito il feto è perfettamente di fronte alla placenta.

Osservaz. VI. — II para, d'anni 31. Ammessa in clinica in sopraparto il 30 marzo 1890 col N. 33. Gravidanza normale. Sopraparto lungo per eccessivo volume della testa del feto che è in presentazione del vertice quarta posizione. Forcipe allo scavo per minacciata asfissia del feto, che è di sesso maschile, pesa 4180 ed è lungo 51. Secondamento spontaneo dopo 25 m. p.

La placenta è marginata, molto grande ed a forma circolare, misura 20 × 20, la superficie intramarginale misura 14 × 17, il margine è largo da tre a 4 centimetri, la grossezza della placenta è di 2.5 a 4 cent. La sua superficie coriale non è a conca bensì piana. Il chorion si stacca benissimo dal margine placentare e forma una stretta piega (3 mm.) analoga alla descritta nelle sopra riportate osservazioni. L'apertura delle membrane un po' frastagliata, dista da un lato 10 cent. dalla periferia placentare, dal lato opposto più del doppio.

Osservaz. VII (occorsa nella pratica privata). — X para, d'anni 39. In travaglio di parto gemello a termine il 3 aprile 1890. Il primo feto di sesso maschile, è stato espulso vivo spontaneamente; poi è comparsa emorragia piuttosto forte, per la quale io vengo chiamato d'urgenza. Rompo il sacco del secondo feto, di cui non mi è dato sentire il doppio battito, e trovando una presentazione cefalica con testa mobile introduco la mano, faccio il rivolgimento podalico classico ed estraggo un feto pure maschile ma premorto. L'utero allora si contrae e non lascia più uscir

sangue, e dopo 20 m. p. la placenta viene espulsa, aiutata all' ultimo momento da un po' di pressione sul corpo dell'utero.

La placenta è unica, i due sacchi hanno un chorion comune; il tramezzo è formato da 2 amnios. Le due superfici placentari divise dal tramezzo sono ineguali. Tutta la placenta ha forma ovalare e misura 17 × 23. L'area intramarginale misura in senso longitudinale 16 (e cioè 6 per la placenta del secondo feto e 10 per quella del primo) ed in senso trasverso 14 cent. Il margine è largo da 1 a 4 cent. La grossezza maggiore della seconda è nella porzione marginata del secondo feto, e quivi misura 3. 7 cent., mentre misura 2 a 3 nelle altre parti. Non esiste piega choriale. Il chorion si stacca benissimo dal margine, rimanendo fra esso ed il tessuto placentare un po' di tessuto grigiastro, che però in alcuni punti manca; in questi si vedono grossi vasi che dal limite ove il chorion aderisce intimamente alla placenta corrono sul margine, approfondandosi in esso. Il foro delle membrane mostra che la placenta doveva giungere col suo margine inferiore a metà altezza di una parete dell'utero.

Osservaz. VIII. — IIIpara, d'anni 25, accolta nell'istituto ostetrico il 26 aprile, ed inscritta al N. 43. Gravidanza non complicata a fenomeni morbosi di sorta. Parto naturale, facile, a termine, il 2 maggio 1890 di un feto di sesso femminile, vivo, peso 3150 grammi, lungo 50 cent., in prima posizione del vertice, secondamento spontaneo dopo 15 minuti.

La placenta è marginata, ha forma di scodella, ed è quasi perfettamente circolare. L'inserzione del cordone lievemente eccentrica. Diametri in totalità 17 × 16. Diametri della sola area intramarginale 14 × 14.5. Larghezza del margine da 8 mm. a 2 cent., grossezza della placenta al centro 3. 5, al margine 3. 2. Esiste la piega del chorion piuttosto grossa e ben visibile perchè costituita da tessuto bianco splendente, e larga in quasi tutti i punti 3 mm. La distanza minima dell'apertura delle membrane dall'orlo placentare è di 9 cent.

***

Quando l'anno passato pubblicai l'accennata memoria sullo stesso argomento notai come il Küstner avesse rilevato su 200 parti 20 esemplari di placenta marginata, e l'Auvard 16 su 103 parti. I 5 casi su 50 parti della nostra Clinica, ed i 3 della pratica privata (2 dei quali offertisi a me, ed uno al prof. Fabbri) mi hanno pienamente convinto che i casi di placenta marginata sono molto frequenti, e che appunto

le cifre del 10 al 15 0[0 date dal Küstner e dall'Auvard sono vicinissime al vero. Che se la letteratura difetta di esemplari di questa fatta dipende a mio parere dal passare inosservati facilmente molti casi di placenta marginata, cosa facile ad accadere se l'ostetrico, col preconcetto di poter trovare tale anomalia, non ne faccia ricerca accurata ogni volta gli capiti di esaminare una secondina. I casi infatti in cui la placenta è sensibilmente marginata ed ha forma spiccata a conca, quelli cioè in cui l'anomalia risalta subito all'occhio, sono rari.

Mancando questa forma speciale nella maggior parte dei casi, ed in molti ancora non esistendo la piega del chorion, ed il distacco spontaneo di questa membrana per un tratto più o meno largo della superficie fetale, fan difetto i caratteri grossolani che ci fanno conoscere a prima vista la placenta marginata. In tali casi solo il tentativo di staccare il chorion dalla parte periferica della placenta ed il riescirvi con facilità eccezionale ci portano a stabilire il diagnostico dell'anomalia in discorso.

In altri casi la piega del chorion esiste, ma tanto stretta, che il tratto opaco che ne risulta sulla faccia fetale o tutt'attorno o solo per un tratto limitato, non viene scoperta se non si esamina con diligenza la placenta espulsa.

In altri casi invece è un altro carattere quello che ci fa sospettare trattarsi di placenta marginata, ed è il vedere tutt'attorno alla periferia un certo tratto di superficie fetale della placenta di un colore bianco opaco dato da quello strato più o men grosso di tessuto grigiastro che sta fra il margine ed il chorion. Anzi a questo proposito noterò che ponno vedersi i vasi diramantisi dal funicolo sotto il chorion che giunti a 2, 3 o 4 centim. dall'orlo placentare si rendono meno visibili o scompaiono affatto al nostro sguardo, appunto per l'esistenza dello strato di tessuto suddetto (come nell'Osservazione 3.ª)

Quest'ultimo fatto per altro non è un carattere esclusivo della placenta marginata; e invero l'Auvard, terminando il lavoro dal titolo: *Collerétte placentaire,* ricorda aver visto qualche volta che i vasi quando hanno abbandonato il cordone si spandono sulla superficie fetale della placenta, e dopo aver formato su questa superficie un rilievo notevole e netto, si *tuffano* bruscamente nella sostanza placentare, di guisa che la loro repentina scomparsa, quando avviene regolarmente tutto intorno ad una certa distanza dal funicolo formante una specie di cerchio che

può ricordare quello della placenta marginata, e che egli chiama *pseudo-collerétte placentaire.* L'Auvard riporta il disegno di un esemplare raccolto alla Maternità di Lariboisière, disegno che illustra perfettamente la descrizione fattane prima; ma egli non dà dettagli su questo fatto e molto meno tenta di interpretarlo.

Venendo ora all'esame minuto dei casi esposti, debbo notare alcuni fatti importanti che non ebbi occasione di studiare ampiamente nei due esemplari descritti nel mio primo lavoro su questo argomento. Ed anzitutto la piega del chorion. Io ho osservato questa ripiegatura in 6 casi sopra 8 (Osservazioni 1, 2, 3, 4, 6, 8); la sua larghezza è varia avendola in alcuni casi trovata appena di 3 mm., in altri di 5 a 6, ed anche di 8 mm.; generalmente essa occupa tutta la periferia della parte intramarginale; una volta la vidi occuparne solo un terzo (Osservazione 3ª); consiste in una vera ripiegatura ad orlo libero guardante il centro della placenta, contenente traccie più o meno spesse di quel tessuto grigio-giallastro che ricopre il margine, e su essa l'amnios generalmente passa senza penetrare fra essa ed il sottostante piano coriale; soltanto nella Osservazione 3ª, questa membrana si internava sotto alla piega molto larga per 2 mm. Detta piega, tolto l'amnios che la ricopre, si stacca facilmente dal chorion placentare.

Nell'osservazione 5ª, importantissima, la piega non esisteva ancora. In questo caso, che è di placenta abortita al sesto mese, notavasi un grosso orlo deciduale tutto attorno all'inserzione del chorion ed accadeva inoltre che collocata la placenta su un piano, tenendo tese in alto le membrane se queste venivano rilasciate lentamente o rapidamente, l'orlo grosso deciduale extracoriale si ripiegava (Fig. 1) in dentro, verso il centro dell'organo introflettendo il chorion e formando così una piega identica a quella osservata in tutti gli altri casi, solo di quelle molto più grossa; quasi che le parti avessero già assunta la disposizione a sì fatto ripiegamento, il quale si sarebbe definitivamente mostrato qualora la placenta non fosse stata abortita, essendosi di già potuto constatare in essa il fatto che

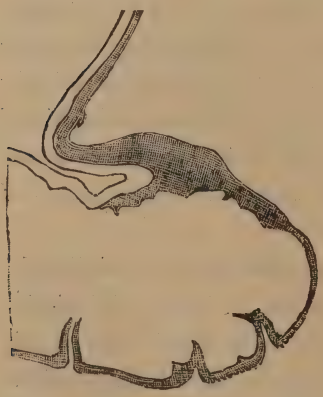


Fig. 1.

sostanzialmente caratterizza la forma marginata, cioè l'accrescimento dei villi coriali al di là del limite del chorion frondoso. Questa particolarità oltrechè indicare il modo con cui si genera questa piega, ci apre la via a rintracciare almeno una delle cause di placenta marginata; la quale causa, a mio avviso, è da riconoscersi in quel grosso anello deciduale circondante la placenta, che impedisce a questa di estendersi in superficie, e che determina la tendenza dei villi a crescere al difuori della zona del chorion frondoso, ed in seguito la formazione della piega. Per la pressione poi endo-ovulare sempre in aumento, detta piega, il cui scheletro è quel grosso anello deciduale, viene compressa perpendicolarmente alla sua superficie, e così assottigliata, ed a termine di gravidanza di detto grosso strato deciduale non rimangono che esili avanzi. Anche l'Osservazione 3ª mi mostrò che il tessuto contenuto nella piega coriale, a piega disfatta, risultava come una propagine della decidua aderente alla faccia esterna del chorion, staccantesi da essa nel punto in cui il chorion passava a rivestire il margine.

Sgraziatamente fra gli 8 casi capitatimi in quest'anno, solo uno era di placenta abortita, essendo tutte le altre state espulse a termine, o quasi, di gravidanza.

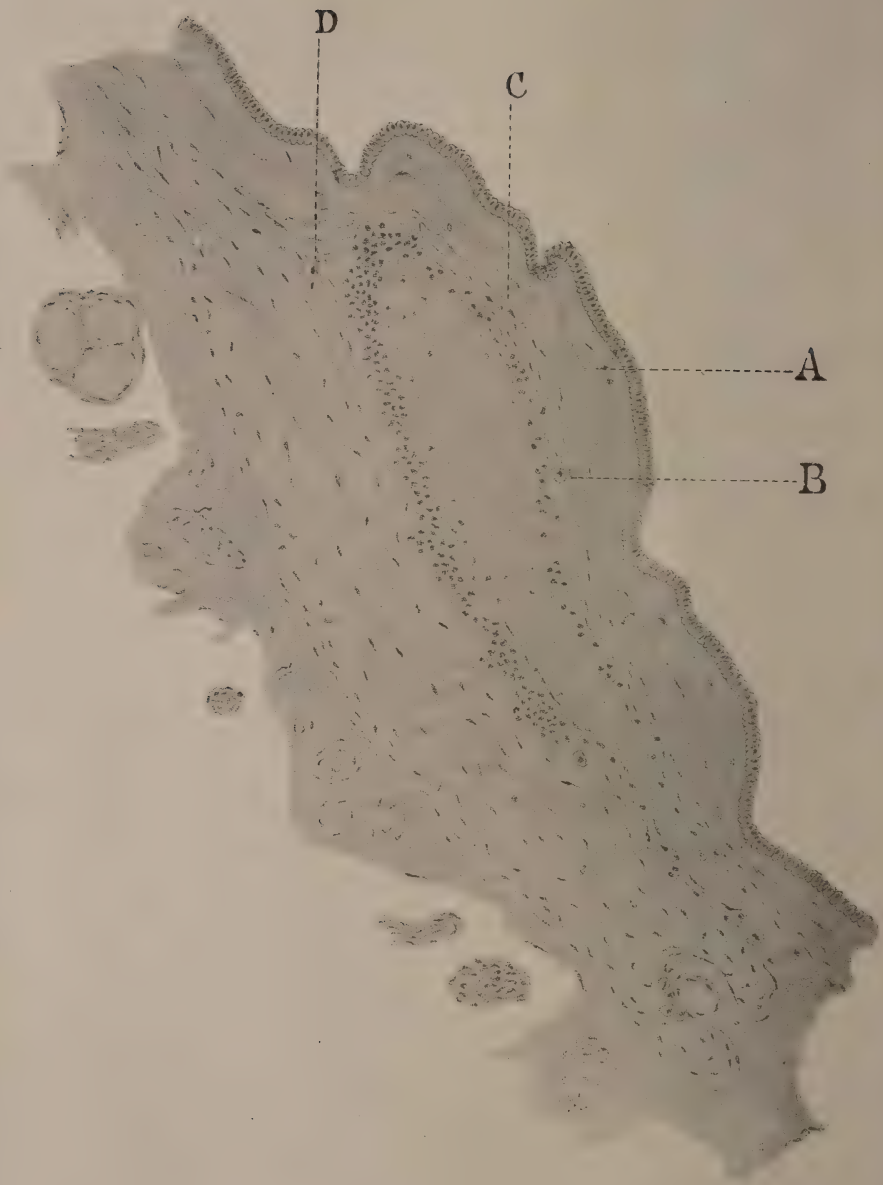
Il Klein però in una memoria recentissima *(Zur Entstehung der placenta marginata)* che fa parte di un voluminoso e pregevole lavoro intitolato: *Die Menschliche Placenta — Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie derselben von M. Hofmeier* (*Wiesbaden, 1890)* descrive parecchie placente marginate abortite a 4 mesi circa, sulle quali trovò appunto detto ingrossamento deciduale, a cui egli pure attribuisce la causa determinante la formazione della placenta marginata e della piega, nello stesso modo in cui io dopo l'esame dell'Osservazione 5ª mi persuasi che dovesse accadere.

Vero è che questa deduzione non è conforme a quanto io esposi l'anno passato su questo stesso argomento, ma giova notare che allora ebbi modo di esaminare direttamente due soli casi di placenta marginata, uno a termine di gravidanza, ed uno di 6 mesi e mezzo, nel quale però l'anomalia aveva già raggiunto il suo sviluppo completo, la placenta mostrandosi perfettamente già marginata, senza offrir traccia di piega coriale. Nel quinto caso invece offertomisi quest'anno ho avuta la fortuna di poter sorprendere l'anomalia nel suo stadio di formazione, e quindi di potere con maggior fondamento rilevarne la causa che le

produce, e sono lieto di potere, in base a questi nuovi fatti, modificare l'ipotesi esposta allora.

Con ciò per altro non intendo di escludere affatto le teorie messe innanzi dal Fabbri, dallo Schatz e dal Küstner, per spiegare la formazione di questa anomalia; giacchè, come è generalmente vero che uno stesso effetto può essere prodotto da cause di diversa natura, così nel caso speciale la formazione della placenta marginata può ritenersi derivata da cause esterne alla placenta, come l'ingrossamento ad anello della decidua reflessa, ed anche da cause embriogenetiche insite alla placenta, quale sarebbe ad esempio una forma speciale a cilindro dell'allantoide, per cui solo una piccola parte di villi venisse vascolarizzata.

Resta ora da ricercare la causa che ha prodotto l'ingrossamento sopradescritto, ed in qual porzione della decidua si sia sviluppato. Il Klein lo attribuisce ad infiammazione; io pure credo che questa sia l'ipotesi più soddisfacente; non posso però addurre prove concludenti in proposito, non avendo potuto esaminare microscopicamente quell'ingrossamento deciduale dell'Osservazione 5ª, perchè non ben conservato. Quanto alla porzione di decidua in cui avrebbe sede essa è certamente la reflessa; le prove sono le seguenti. In parecchie osservazioni mie (1ª, 2ª, 3ª) ho trovato che staccando il chorion dal margine si tendono qua e là esilissimi villi che facilmente si rompono, e non sono i villi grossi vascolarizzati che passano dalla zona del chorion frondoso nella sostanza placentare, ma bensì sono esilissimi ed obsoleti. Ora appunto il chorion laeve (che tale sarebbe quello che ricopre il margine) è in contatto della decidua reflessa, e quello strato quindi nel quale si immettono detti villi non può essere che decidua reflessa. Ma v'ha di più; se a mo' d'esempio non solo la decidua reflessa, ma bensì anche la decidua vera fosse stata sede di ingrossamento infiammatorio, e si fosse introflessa formando la piega coriale, non si dovrebbe all'orlo della placenta trovare un foglio deciduale che dall'orlo medesimo passasse senza interruzione sul chorion continuandone a rivestire tutta la superficie esterna. Tale passaggio netto senza interruzione ho potuto osservare in molti casi sottoposti sia ad esame macroscopico che microscopico. In essi infatti ho visto la superficie materna della placenta rivestita di decidua (serotina) la quale giunta al punto in cui il chorion si stacca dalla placenta, passava su di esso senza interruzione alcuna


D
C
A
B

(Fig. 2ª), mentre altro foglio si internava al disopra del margine fra questo ed il chorion. Tali fatti mi inducono a credere che l'ingrossamento deciduale, che può esser causa dell'anomalia in discorso e specialmente della piega del chorion, abbia appunto colpito la decidua reflessa.

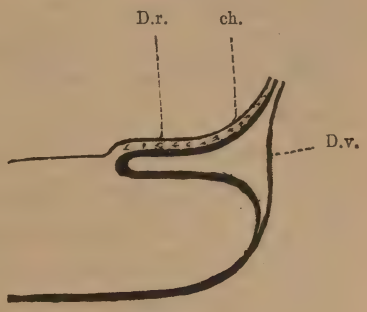


Fig. 2.

Non di tutti gli esemplari sopradescritti praticai l'esame microscopico; così del caso quinto che avrebbe tanto interesse non potei fare alcuna sezione, essendo stata questa placenta inavvertitamente messa dalla levatrice in una soluzione d'acido fenico al 5 0[0, che come è noto produce una coagulazione del tessuto che rende il pezzo incapace d'esame microscopico.

Delle Osservazioni 1ª e 3ª che presentavano in modo tipico la piega coriale, feci, previa inclusione in parafina, numerosi tagli perpendicolari al piano della placenta, comprendenti la piega suddetta ed osservai quanto è rappresentato dall'annessa figura *(V. tavola).*

In *A* è rappresentato l'amnios composto di uno strato unico di cellule epiteliali cilindriche, e di uno strato lievemente fibrillare con sparse qua e là cellule connettivali; più sotto è rappresentato (*B*) uno strato sottile a struttura manifestamente fibrillare con elementi fusiformi, e che costituisce il chorion; finalmente sotto a questo (*C*) si ha uno strato sottile formato da cellule grandi con nucleo che si sono più intensamente colorate di tutte le altre parti col picro-carmino, e che hanno molta assomiglianza colle cellule rotonde deciduali. In (*D*) questi strati modificano i loro rapporti e così mentre l'amnios continua a mantenersi alla superficie libera, il chorion si ripiega in dentro per un buon tratto e si dirige nuovamente verso la parte periferica della placenta; giunto ad un certo punto le sue fibre si ripiegano di nuovo, e immediatamente sottoposto allo strato suddescritto esso chorion ritorna al punto da cui la piega è cominciata e da qui, riprendendo i primitivi rapporti coll'amnios, seguita a ricoprire la placenta presentando i caratteri che notansi in tutte le placente normali. Fra gli strati di chorion così disposti e più precisamente fra quello che è immediatamente sotto l'amnios e quello che è mediano si nota un largo spazio in cui lo strato di cellule rotonde

e grandi sottoposte al foglio coriale superficiale, giunto al punto in cui questo si ripiega, si ripiegano esse pure e vanno con uno strato più spesso e più manifesto a rivestire la faccia superiore della pagina coriale mediana. Fra i due strati di cellule grandi così disposti vi è un tratto piuttosto largo occupato da un tessuto amorfo e contenente vacuoli rotondi, ma che non presenta elementi cellulari di sorta.

L' esame microscopico adunque ci fornisce la prova che nella piega coriale si abbiano traccie di decidua, giacchè tali sono a mio parere le cellule rotonde e grandi che si osservano nella figura di cui sopra.

Se risulta adunque provato che è per opera di questo ingrossamento della decidua riflessa che ha luogo la limitazione nell'accrescimento della placenta, e la formazione della piega; non conviene dimenticare che si hanno casi in cui questa piega non esiste e pur si ha un margine più o men largo e più o meno completo. In tali casi, io credo, che la piega dapprima esistesse, ma poscia la pressione endoovulare l' ha disfatta; perchè però questo possa accadere occorre che l' anomalia si inizi molto per tempo, ed il disfacimento della piega avvenga finchè la decidua reflessa e vera non aderiscano ancora su larga superficie. Quando invece la formazione della piega avviene in un' epoca un po' avanzata della gravidanza, allora la pressione interna per quanto potente, non può scomporre il ripiegamento formatosi, essendo già la decidua reflessa adesa largamente alla decidua parietale; in tali casi la piega viene compressa, assottigliata, e la sostanza deciduale che vi ha dato luogo, per la pressione si assottiglia essa pure, al punto che in qualche caso a termine di gravidanza può, se non su tutta la superficie del margine, qua e là almeno mancare affatto.

***

Quanto al concetto fisiologico della placenta marginata io tengo fermo quanto ebbi a scrivere nel mio primo lavoro, e cioè che il margine rappresenta la tendenza della seconda a toccare le dimensioni volute perchè essa basti alle funzioni di respirazione e nutrizione del feto. Esaminiamo a questo proposito la tabella seguente ove io ho riu-

nito le misure delle 8 placente osservate nel corrente anno, quelle delle 2 già pubblicate l'anno passato, più di alcune altre che ho potuto raccogliere da vari autori; in tutto 17 casi.

Numero dei casi	OSSERVATORI	Epoca del parto	Diametri dell'intera placenta	Diametri della sola area coriale	Larghezza del margine	Grossezza della placenta	OSSERVAZIONI
1.	Kölliker	—	14 × 16	Per tutti i 4 casi l'A. si limita a dire non più di 5 a 7 in media.	2. 7 — 4. 5	—	
2.	»	—	15 × 18		2 — 6. 2	—	
3.	»	—	12 × 16		2. 1 — 7. 2	—	
4.	»	—	15 × 16		1 — 2	—	
5.	Fabbri	8 1/2 mesi	10 × 11	4. 5 × 5. 5	2. 5 in media	3. 5 — 4. 5	
6.	Taruffi	5 »	massimo 10	massimo 6. 5	--	—	
7.	Auvard	8 1/2 »	massimo 15	massimo 8	2 — 4	—	
8.	Roncaglia	6 1/2 »	12. 5 × 13	8. 4 × 10	1 — 2	1. 8 — 4. 2	
9.	»	9 »	14. 6 × 15. 8	12 × 13	1. 5 in media	3. 1 — 4	
10.	»	9 »	16. 5 × 18	13. 5 × 16	1. 8 »	2. 8 — 3. 1	
11.	Fabbri	9 »	13. 5 × 16	10. 5	1. 8 — 3	3	forma a scodella.
12.	Roncaglia	9 »	15 × 16	9 × 11	2 — 4	1. 8 — 2. 1	
13.	»	9 »	15 × 20	9. 5 × 12	2 — 6	1. 6 — 3	
14.	»	6 1/2 »	10. 5 × 12	6 × 6. 5	2 — 3	3. 5 — 4	forma a scodella.
15.	»	9 »	20 × 20	14 × 15	3 — 4	2. 5 — 4	
16.	»	8 1/2 »	17 × 23	14 × 16	1 — 4	2 — 3. 5	placenta gemella.
17.	»	9 »	16 × 17	14 × 14. 5	2 — 8	3. 2 — 3. 5	forma a scodella.

Da questa tabella togliendo i casi di placenta marginata per cui non è indicata l'epoca di gravidanza in cui vennero espulse, ed anche quelle partorite innanzi tempo, rimangono 10 casi di secondine espulse a termine o quasi (fra gli 8 1[2 ed i 9 mesi). Facendo la media dei diametri dell'area intramarginale di questi 10 esemplari trovo che essa è di 10. 9 a 11. 5 cent., misure di molto inferiori a quelle delle placente normali. Facendo poi la media, in questi 10 casi dei diametri di tutta la placenta (porzione intramarginale e marginata), ottengo 15. 2 × 17. 1, misure anche queste alquanto inferiori a quelle date per la placenta di forma normale, ma che però a queste maggiormente si avvicinano.

In compenso di questa poca estensione si ha una maggiore grossezza. Si sa che lo spessore della placenta normale è di 3 cent. circa al centro, e va gradatamente diminuendo alla periferia ove misura pochi millimetri; negli 11 casi che si possono prendere in esame si ha in media una grossezza massima di 3.6 ed una minima di 2.61 cent. ed in particolare, per ciò che riguarda la grossezza massima, si ha che

in 2	era	maggiore di	4	cent.
in 3	»	di	4	»
in 3	»	maggiore di	3	»
in 2	»	di	3	»
in 1	sola	era inferiore a	3	»

e per ciò che spetta alla grossezza minima

in 4	era	maggiore di	3	cent.
in 1	»	di	3	»
in 2	»	maggiore di	2	»
in 1	»	di	2	»
in 3	»	maggiore di	1. 5	»

Da ciò pertanto risulta che in generale la grossezza delle placente marginate è manifestamente maggiore di quella delle normali. In alcuni casi di placenta marginata questa grossezza maggiore si riscontra uniformemente su tutta la superficie dell'organo; in altri (Osserv. 4.ª e 6.ª) invece si constata di preferenza sul margine, vale a dire alla periferia che nella placenta normale trovasi sempre molto più sottile del resto. Nè questa grossezza maggiore si può attribuire alla ripiegatura del cho-

rion più volte dianzi accennato, essendochè questa parte del margine è così sottile (2-3 mm.) da alterare poco lo spessore dell' organo, che è esclusivamente formato da tessuto placentare affatto normale.

Ma se la grossezza della placenta marginata è superiore alle normali, la loro estensione, come ho sopra avvertito è minore, giacchè tanto i diametri dell'intero organo quanto, e sopratutto, quelli della sola area intramarginale sono molto meno estesi di quelli della placenta normale. Di guisa che possiamo dire che quello che le placente marginate perdono in estensione lo acquistano in grossezza; e si potrebbe da questo fatto patologico dedurre una conferma a quanto molti ammettono, che cioè la grossezza e l'estensione in superficie stanno fra di loro proporzionatamente in senso inverso. Resterebbe da esaminare anche se nelle placente marginate l' estensione e la grossezza hanno qualche rapporto col volume del feto, se non che, per potere stabilire un principio con solido fondamento di verità, sarebbe necessario l' esame di moltissimi casi; peraltro anche dal solo esame delle otto Osservazioni riportate, risulterebbe che la placenta marginata più grande, quelle dai diametri 20 × 20 coincide con un feto lungo 51 cent. e peso 4180 gr. (Osservazione 6.ª)

Quanto poi alla larghezza del margine in rapporto colla estensione dell' area intramarginale, se veramente non trovasi fra questi due fatti un rapporto esatto e costante, pure si può concludere che nel maggior numero dei casi quella è maggiore quanto è minore l' estensione dell'area del chorion frondoso; infatti i margini larghi, 4, 5, 6, 7 cent. si incontrano in placente la cui area coriale si limita ad essere di 5 a 7 cent. in media (Osserv. 1.ª, 2.ª, 3.ª 4ª. e 5.ª della tabella riassuntiva dei casi dei singoli autori).

***

Quanto all' interesse pratico di questa anomalia dirò che delle 17 Osservazioni da me raccolte, solo di 11 sono in caso di dare relazione del parto.

In queste 11 osservazioni non una volta è notato si trattasse di placenta previa che secondo alcuni (Veit, Bayer) avrebbe una relazione stretta coll'anomalia in parola, trovandosi spesso che la placenta previa

è a forma marginata; il Bayer anzi su 20 casi di placenta previa ne avrebbe trovati 8 di placenta marginata. Resterebbe adunque dall'esame di questi 11 casi escluso questo rapporto; solo in un caso (Osserv. 4.ª) l'inserzione della placenta era molto in basso; ma se è vero che appunto in questo caso la placenta mostrava nella parte sua più vicina all'orificio uterino un tratto largo 6 centim. di margine, è altresì pur vero che tutt'attorno alla seconda esisteva un margine di 2 cent., e ciò avevasi anche nel punto opposto a quello più vicino all'orificio interno, distante cioè da questo circa 14 cent. D'altronde nelle Osservazioni 2.ª, 5.ª e 8.ª, il foro delle membrane, per fortuna non soverchiamente allargatosi si mostrava perfettamente da ogni lato equidistante all'orlo placentare, il che vuol dire che la seconda era attaccata al fondo dell'utero. Questi fatti, e la considerazione che questa anomalia generalmente esiste tutt'attorno all'orlo della placenta e non per avventura solo su un lembo che fosse previo, credo siano sufficienti per far escludere un rapporto intimo di causa ad effetto fra placenta previa e marginata o viceversa. Aggiungerò che nel corrente anno avendo avuto occasione di esaminare minutamente 4 placente previe, di cui una centrale, ho constatato che in questi 4 casi non eravi il più lontano accenno alla formazione di margine.

Forse la coincidenza fra placenta previa e marginata da alcuni constatata, dipende dal fatto che ambedue questi vizi, uno di inserzione e l'altro di forma, in qualche caso parve riconoscere per causa lo stesso fatto anatomico, cioè l'endometrite.

Noterò a questo punto che nelle Osservazioni 2.ª, 5.ª e 8.ª, in cui l'inserzione delle membrane era manifestamente al fondo dell'utero, la placenta offriva la forma a scodella marcatissima, mentre negli altri casi in cui l'inserzione non era al fondo non vi era dislivello fra la porzione marginata ed intramarginale. Che fra questa forma e l'inserzione della placenta al fondo esistesse un rapporto di causa? L'idea non sembrami tanto inverosimile pensando alla forma a cupola che offre l'utero al suo fondo, ed al cordone fibroso che esiste in principio tutt'attorno alla placenta, e che le impedisce di crescere alla periferia.

Quanto poi alla frequente necessità del secondamento artificiale data dalle placente marginate, e riscontrata dallo Schültze che la invoca in favore della teoria dell'infiammazione, la quale secondo lui determinerebbe aderenze anormali, io non l'ho riscontrata che una sol volta su 10 casi.

In quello (Osserv. 4.ª) trattavasi di inerzia nel secondamento e consecutiva emorragia; la mano introdotta nell'utero trovò vicino all'orificio interno un lembo di placenta lassamente aderente, che facilmente venne staccato; esaminato poi il pezzo vidi che il lembo aderente era un largo tratto di margine. In tutti gli altri casi il secondamento avvenne spontaneo dopo 15 o 20 minuti in media dall'espulsione del feto. Nell'Osservazione 2.ª la placenta discese ben presto in vagina, ma quivi stette a lungo, ed occorsero trazioni sul funicolo in causa dell' eccessiva grossezza della seconda che era di 3 cent., non solo al centro, ma bensì in tutti i punti della periferia, il che impediva ad essa di disporsi a doccia o a parasole, per varcare l'anello vulvare.

In nessuno di questi casi ebbi a notare ritenzione di cotiledoni placentari ma solo, in qualche caso, di lembi di membrane, fatto questo che pur tanto di spesso si osserva senza che poi si tratti di placenta marginata.

Anche nel caso quinto, di placenta abortita al sesto mese, le secondine vennero espulse spontaneamente e completamente dopo soli 15'.

Quindi per questi fatti si può concludere che la placenta marginata non ha gran valore pratico, giacchè se qualche volta difficulta il secondamento, non sembra lo faccia con frequenza maggiore di quella che si nota per la placenta normale.

In nessuna delle donne che mi fornirono i casi suddescritti di placenta marginata si avevano sintomi di sifilide, nè si ebbe l'espulsione di feti maceri.

Quello ora che resta ancora a studiare, sarebbe a mio avviso, il problema — *se la placenta marginata possa o no ascriversi fra le cause che interrompono il regolare andamento della gravidanza.* — I casi da noi presi in esame non costituiscono un materiale sufficiente dal quale poter dedurre una risposta probabile; tuttavia se mi è lecito esprimere il mio parere, io inclinerei ad una risposta affermativa anzichè no; le osservazioni dello Schatz, secondo le quali spessissimo le ova abortite sarebbero come peduncolate, e per mezzo di questo picciuolo tenacemente aderenti all'utero sembrano provarlo.

L'esame accurato di una lunga serie di secondine abortite potranno forse dimostrare con che frequenza in tali casi si riscontrino placente marginate allo stadio di formazione, ed offrir modo di sciogliere con dati scientifici la suesposta questione.

BIBLIOGRAFIA.

E. F. Fabbri. — « Quinto Rendiconto sanitario della Maternità di Bologna pel biennio 1869-70. »

Kölliker. — « Alt-Entwickelungsgeschichte. » Leipzig, 1879.

Carl Ruge. — « Ueber den Foetus sanguinolentus. » (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäck.*, Stuttgart, 1877).

Küstner. — « Ueber die Anatomie und Bedeutung der Placenta marginata. » (*Centralblatt für Gynäkologie,* 1884, n. 12).

Veit. — « Endometritis decidua. » (*Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge*, 1885, n. 354, S. 12).

Veit. — « Handbuch der Geburtshülfe Herausgegeben von Dr. P. Müller. » II. A. 1. (Placenta previa von Veit, pag. 64).

Krükenberg. — « Ueber die Entstehung der Placenta marginata. » (*Archiv für Gynäkologie,* 1886, Band XXII, eft. 3).

C. Taruffi. — « Storia della Teratologia. » Vol. V, Bologna, 1889.

Auvard. — « Travaux d'Obstetrique. » T. 11, Paris, 1889.

Roncaglia. — « Della placenta marginata. » (*Annali d'Ostetricia e Ginecologia*, Fasc. VIII, 1889).

Gustav Klein. — « Zur Enstehung der Placenta marginata, und placenta succenturiata. » (Die Menschliche Placenta. M. Hofmeier, Wiesbaden, 1890).

Sulla migrazione esterna dell' uovo

RICERCHE SPERIMENTALI

DEL

Dott. GIUSEPPE VICARELLI

Allo scopo di potere ottenere non solo la migrazione esterna degli ovuli, ma anche accertarmi se fosse possibile produrre sperimentalmente gravidanze extrauterine, mi servii, come materiale di esperimento, dei conigli praticando su di essi uno speciale processo operatorio che passerò in seguito a descrivere.

Prima però di riferire le mie ricerche è necessario che io rammenti i lavori degli esperimentatori che mi hanno preceduto nello studio di questo argomento. Non intendo però occuparmi della storia per ciò che riguarda le infinite osservazioni cliniche e le diverse teorie che da tempo antichissimo fino ad oggi si sono citate per spiegare come avvengano le gravidanze extrauterine, poichè mi allontanerei troppo e forse con poca utilità dal mio tema. Ricorderò soltanto le varie ipotesi che si sono fatte per intendere in qual modo l'ovulo umano e di quei mammiferi nei quali l'ovaio e la tuba non sono involti da una stessa capsula, uscito dal follicolo di Graaf, proceda nella tuba o da questa nell'utero. Gli autori in generale portano come prima osservazione di gravidanza extrauterina quella narrata da Albukasim.

Tommaso Bartolini è stato il primo a sospettare ed ammettere la possibilità della gestazione e della formazione del feto al di fuori dell' utero; e da questa epoca fino al 1828 i casi di gravidanze extrauterine erano semplici constatazioni di fatti, quasi tutti si limitavano a giudicarli

strani, alcuni meravigliosi, taluni altri miracolosi; e mentre tutti si occuparono della etiologia, dei sintomi e della diagnosi, e della cura di queste, nessuno cercò di rendersi ragione come l'ovulo passasse nella tromba. Tanto è vero ciò che Michele Lenhosseck così si esprime a questa epoca:

« La fisiologia è ancora debitrice, oltre a cento altre cose, di una « convincente spiegazione, dell'atto della fecondazione, e come succede « il normale od anormale moto progressivo dell' uovo fecondato: non è « meno enigmatico il mutamento di forma delle parti, alle quali il germe « traviato dall'embrione accidentalmente, ovvero trattovi, si appicca; nè « la metamorfosi onde quasi ciascheduno organo del ventre nella ingra- « vidata donna puossi in utero vicariante cambiare, ecc. »

A proposito del passaggio dell' ovulo dall' ovaio nella tromba esso per primo dà la seguente spiegazione:

« Gli ovuli sarebbero raccolti dalla tromba che avrebbe la proprietà « di erigersi durante la mestruazione per essere la media tunica di co- « struzione cellulare e vascolosa come gli organi dell'erezione, venendo « così la fimbria ad abbracciare il follicolo, raccogliendone l'ovulo.

« Mercè l'attività vitale, movimenti vermicolari, le tube guidereb- « bero l'ovo nell'utero. »

Questa teoria venne quasi da tutti accettata e Rouget inoltre vi ammise di più l' intervento di una attività muscolare.

Henle e Bischoff spiegano l'addattamento della tromba sull'ovaio per la contrazione delle fibre muscolari del padiglione.

Kiwisch invece sostenne che la maggior parte dell' uova vengano in contatto con le fimbrie tubarie e sieno portate nella cavità uterina dal movimento dell'epitelio vibratile.

Kehrer e Liegeois spiegarono il fatto dicendo che l' uovo sarebbe lanciato, eiaculato nell'orifizio addominale della tromba.

Otto Becker estese la possibilità della presa dell' uovo, provando l'esistenza di una corrente sierosa alla superficie del peritoneo, che messa in moto dalle ciglia vibratili, avrebbe la sua direzione verso l'orificio addominale della tromba, basandosi su ciò che Purkinie ed altri insegnarono, che cioè il movimento dei cigli è diretto dalla cavità addominale verso l'utero.

G. Romiti non è esclusivista o per l' una o per l'altra spiegazione, ma crede si possa ammettere l'una forza produca o meglio si cambi nell'altra nel senso di Becker.

Tutte queste teorie hanno regnato fino a questi ultimi tempi, trovando ognuna oppositori e sostenitori; però quando lo studio dell'anatomia e le osservazioni cliniche divennero più accurate, ma sopratutto col sopraggiungere dell'esperimento nella scienza, alcune di queste cominciarono a declinare fino ad essere abbattute, ed oggi solo sembra vera quella che spiega il progredire dell' ovulo dall' ovaio nella tromba per mezzo di correnti, non negando una certa importanza all' addossamento del padiglione all' ovaio, per opera del muscolo attraente della tuba. A questo punto gli scienziati sono tutti d'accordo nell' ammettere che queste correnti sierose intraperitoneali sieno determinate dalla vibrazione delle ciglie epiteliari della tuba dove oltre all' azione diretta dell'epitelio vibratile s'aggiungerebbero le contrazioni vermicolari tubarie che spingerebbero l'ovulo fino all'utero (Kussmaul, Kolb, Triadou A., Marinus I. R., De Smet E., Ruge, Polaillon, Bruzzi A., Wyder, Schröder).

Mi piace qui rammentare che il prof. E. Fasola, nelle sue lezioni di clinica ostetrica, tenute in Firenze nell'anno scolastico 1889-90, svolgendo l'argomento « Gravidanze extrauterine — Migrazione degli ovuli » ricordava che il passaggio dell' ovulo dall'ovaio nella tromba, potevasi spiegare anche ammettendo una specie di corrente diretta dall'ovaio verso l'utero, determinata però e da una certa aspirazione fatta dall'utero che ingrandisce, e dal rappresentare le aperture addominali delle trombe due punti di minore resistenza alla pressione intraperitoneale.

Alcuni Osservatori prima sugli animali poi sulla specie umana, avevano osservato, come l'uovo fecondato, in varia maniera, poteva dall'ovaio di un lato, passare nella metà uterina o nella tuba dell'altro lato. Kussmaul si diede a studiare accuratamente questo fenomeno che chiamò trasmigrazione (Ueberwanderung) dell'uovo mostrando anche come questo fatto potesse essere cagione di gravidanza extrauterina.

Bischoff nelle sue ricerche embriologiche aveva notato il fatto che negli animali in cui la gravidanza è sempre molteplice, non corrispondeva il numero dei feti ricoverati in ciascuno dei corni uterini, col numero dei corpi lutei all'ovaio corrispondenti, anche ammettendo l'evenienza della duplicità dell'uovo in un follicolo.

Vallisnieri pure nella sua storia della Generazione, aveva già confrontato il numero dei feti e dei corpi lutei.

Leukart confermò specialmente nelle cavie l' osservazione di Bischoff.

Osservatori posteriori, Romiti più volte nelle coniglie, notarono l'istesso avvenimento che poi lo Agassiz sembra avere veduto anche nelle tartarughe.

A provare la possibilità che l'uovo sceso da un ovaio possa percorrere la tuba del lato corrispondente, traversare l' utero ed infilare la tuba opposta, non militano, come si ritenne, i casi descritti da Czikak, Barzellotti, Scanzoni, Drejer, Oldham, le osservazioni raccolte da Kussmaul, Rokitansky, Luschka, Spaeth, Bisiadeky, il caso pubblicato nella *Gazzetta medica* di New-York, le memorie di Leopold, dimostranti invece come l'uovo possa, attraversando la cavità addominale, scendere da un ovaio e portarsi alla tuba dell'altro lato; ma prova incontestabile ne sono il caso osservato da Hassfurther, da Brown Jon H., da Conrad et Langhaus, gli esperimenti di Leopold, le osservazioni di Rathger, di Maurer, di Weber v. Ebenoff, benchè questi due ultimi casi si possano spiegare con ambo le ipotesi.

A queste due anomalie nei movimenti dell' uovo, differendo essenzialmente l'una dall'altra, si sono dati nomi differenti. Infatti quella fu detta *Migrazione interna* od *intrauterina;* questa, quando cioè l' ovulo attraverserebbe la cavità addominale, *Migrazione esterna* od *extrauterina.*

In generale quindi tutte le volte che sarà dato dimostrare, che il *corpus luteum verum*, appartenente all' ultima gestazione, come è ammesso dalla maggior parte degli scienziati, si trova dal lato opposto dell'uovo, vi è stata migrazione di quest'ultimo.

Tutti i cultori delle mediche discipline, sono d'accordo nell'ammettere come possibilità più frequente, l'emigrazione interna e come possibilità veramente rara, la migrazione esterna per le non propizie condizioni che possono esservi al cammino dell'uovo attraverso l'ambito addominale.

Infinite sono le cause addotte o per l'una o per l'altra migrazione ed al quesito: in qual caso si può senza esitare supporre la migrazione extrauterina nella donna e negli animali, giustamente ha risposto G. Heinricius in due maniere:

I. Tutte le volte che non esiste più che un solo ovaio, e che la tromba situata da quello stesso lato è chiusa e che l' ovo si trova dall'altro lato.

II. Allorquando il corpo luteo vero si trova dal lato della tromba

che si sa chiusa fin da un certo tempo, e l'ovulo al contrario o nel lato opposto o nell'utero od ancora nell'ovidutto medesimo.

L'ipotesi di una possibile migrazione esterna degli ovuli era solamente da quelle poche osservazioni cliniche sostenuta, nè il laboratorio e l'esperimento avevano portato il loro contributo prima dei lavori di Parsenow, di Leopold, di Küstner, di Kireeff, di Bruzzi e di Heinricius, i quali tentarono sugli animali, dopo di avere legata una tromba ed asportato l'ovaio opposto di ottenere la gravidanza.

Di questi esperimentatori alcuni furono più fortunati di altri: infatti eccone i risultati:

Parsenow operò 25 coniglie, nessuna rimase gravida.

Leopold sperimentò su 7 coniglie e su di una cagna. Soltanto due coniglie, operate il 7 aprile 1879, messe con il maschio il 23 di maggio dello stesso anno, fecero i piccini il 12 luglio.

Küstner si servì per sperimentare, delle cavie, però non ottenne neppure un risultato soddisfacente.

V. Kireeff operò 30 coniglie e 5 pecore, alla fine del quinto mese una sola coniglia fu gravida.

A. Bruzzi fece l'esperienze su 8 coniglie. Sette sopravissero all'operazione e di queste una sola fece 4 piccini nel 25 dicembre 1885.

G. Heinricius nel 1886 operò 8 coniglie, ma di queste soltanto due fecero i piccini. Una nel medesimo anno, l'altra invece due anni dopo l'operazione ossia nel maggio 1888.

Il risultato del tutto opposto fra i vari esperimentatori e lo scarsissimo numero di risultati soddisfacenti, m'indussero a ripetere gli esperimenti.

Il processo operatorio da me tenuto fu il seguente:

Innanzi tutto accurata disinfezione e fissato di già l'animale in un apparecchio, senza cloroformizzarlo, si praticava sull'addome lungo la linea alba una incisione lunga da 4 a 5 cent. di cui l'angolo superiore era a livello dell'ultima mammella. La incisione si faceva a strati e giunti al peritoneo lo s'incideva con bistori bottonuto. Nei primi esperimenti subito dopo l'incisione, si passavano sui bordi della ferita, comprendendo solo il peritoneo, delle anse di filo di seta, che annodate dopo l'operazione avrebbero servito anche come punti di sutura, coll'intendimento d'impedire un poco la fuoruscita delle anse intestinali; però siccome ciò si otteneva difficilmente per i bruschi movimenti che di

tanto in tanto facea l'animale, questa pratica fu abbandonata e negli esperimenti successivi la matassa intestinale, spostata dal lato opposto dell'operazione, era ivi tenuta dalla mano di un aiuto: quando poi si ebbe a che fare con animali ricchi di adipe, gl'intestini venivano messi fuori dalla ferita avendo cura che non subissero alcun maltrattamento od alterazione.

Estirpazione di uno dei due ovari.
Legatura ed asportazione della tuba dal lato opposto.

Servendosi di guida per la ricerca dell'ovaio del corno uterino e della tuba dello stesso lato, rinvenutolo si afferrava dolcemente con una pinza; si legavano in massa i tessuti posti al disotto dell'ovaio medesimo, e quindi si asportava senza avere la più piccola emorragia. Questa operazione che non è molto difficile, richiede tuttavia delle precauzioni e delicate manovre per non produrre alcuna lesione sulla fimbria o sull'orificio della tromba.

Per interrompere, dal lato opposto all'estirpazione dell'ovaio, qualsiasi comunicazione fra il corno uterino e la tromba omonima, si praticavano su questa, nel suo punto di unione con il corno uterino stesso, due legature a breve distanza l'una dall'altra e s'incideva nel mezzo.

Quando poi si volle da un lato estirpare l'ovaio e dall'altro la tromba, quello si toglieva nel modo sopra descritto, questa, praticata una legatura nel suo punto di unione con il corno uterino e legati in massa i tessuti a lei sottostanti, si asportava.

Si avea sempre cura prima di rimettere a posto le anse intestinali di esaminare se completamente l'ovaio era stato asportato o se per caso esistevano ovari sopranumerari.

Da ultimo con punti staccati si eseguiva una sutura a due piani: coll'uno si comprendeva ad un tempo strato muscolare e peritoneo, coll'altro pelle e tessuto sottocutaneo.

Nessun trattamento speciale dopo l'operazione. I punti di sutura non furono mai tolti. Le ferite cicatrizzarono tutte per prima intenzione.

Le coniglie prima di essere operate, furono tenute per circa un mese in osservazione per vedere se per caso fossero state gravide, ed anche separate dai maschi.

Esperimento I.

Asportazione ovaio destro. Legatura tuba sinistra. — Coniglia grigia di nutrizione generale un poco scadente, operata il 26 dicembre 1889. L'operazione si fece nell'ore del mattino, durò circa mezz' ora, non si ebbe verun accidente: però la coniglia si mostrava abbattuta, male si reggeva in piedi, e di tratto in tratto era presa da tremito convulsivo. Nelle ore pomeridiane tremito quasi continuo, prostrazione profonda, fredda alla superficie del corpo, respirazione irregolare, pulsazioni frequenti, pupille insensibili, temperatura di colasso, non emissione benchè minima di urina, qualche grido e morte.

Non nascondo quanto rimasi sconfortato dal risultato di questo primo esperimento molto più che nulla aveva a rimproverarmi dal lato operativo.

Alla necroscopia nulla fu rinvenuto che spiegasse la causa della morte. Si notò solo un piccolo focolaio pneumonico circoscritto alla base del polmone destro.

Allora esaminando ad uno ad uno i sintomi che la coniglia aveva presentato, non dubitai nell'ammettere come causa della morte, intossicazione da sublimato; ed il fatto della non emissione di urina (anuria), avvalorò questa mia ipotesi. Invero il risultato degli esperimenti successivi, in cui bandii del tutto l'uso del sublimato (1 0[00) confermarono la causa della morte.

Usai in seguito per la disinfezione soltanto acqua sterilizzata ed una soluzione di acido fenico 3 0[0.

Mi servì quest'unico fatto per dimostrarmi quanta minima resistenza offrano i conigli al sublimato 1 0[00, avendolo io adoperato solamente per la toilette del campo operativo.

Esperimento II.

Asportazione ovaio sinistro. Legatura tuba destra. — Coniglia grigia con orecchio destro spuntato, operata il 2 febbraio 1890. Essendo molto ricca di grasso si fu costretti, per ritrovare l'ovaio, a mettere fuori dall'addome tutta quanta la matassa intestinale. La ferita cicatrizzò per prima intenzione. La coniglia mangia e sta benissimo.

Fu messa con il maschio il 16 febbraio. Vive ancora.

Esperimento III.

Asportazione ovaio destro. Legatura tuba sinistra. — Coniglia del colore della lepre, operata il 2 febbraio 1890. Si notò aperto l'addome, una discreta quantità di liquido nella cavità, anse intestinali aderenti fra di loro non solo, ma anche con le pareti addominali stesse: si fu costretti fare degli sbrigliamenti e l'operazione in questo caso fu solo eseguita per acquistare più pratica, sicuri del resto di un esito infausto. Infatti la coniglia morì dopo 3 giorni ed alla necroscopia fu trovata, cosa già supposta, una tubercolosi diffusa, massime ai visceri addominali.

Esperimento IV.

Asportazione ovaio destro. Asportazione tuba sinistra. — Coniglia di colorito rosso arancio. Operata il 4 febbraio 1890. Nessun accidente durante l'operazione. Cicatrizzazione per prima intenzione. Messa con il maschio il 16 febbraio 1890. Vive ancora.

Esperimento V.

Asportazione ovaio sinistro. Asportazione tuba destra. — Coniglia di colore bigio chiaro, operata il 4 febbraio 1890. Durante l'operazione si ebbe una leggerissima e breve emorragia venosa nell'atto dell'estirpazione della tromba. Cicatrizzazione per prima intenzione. Messa con il maschio il 16 febbraio 1890. Con grande sorpresa, la mattina del 17 maggio 1890, si trovò che la coniglia aveva partorito 3 piccini viventi e sani. Nelle ore pomeridiane dello stesso giorno la coniglia fu uccisa e per vedere se dal lato ove si era asportato la tuba, il corno uterino era completamente chiuso, vi s'iniettò per mezzo di una siringa dell'acqua, ma non ne fuoruscì la più benchè minima quantità. Di guisa che fu evidente che l'utero per mezzo del suo corno destro non comunicava affatto con la cavità addominale e quindi, come bene si comprende, esclusa la possibilità che gli ovuli fossero passati direttamente dall' ovaio destro nel corno uterino corrispondente. Dal lato sinistro integra del tutto la tuba e sul luogo ove si era asportato l'ovaio nessuna traccia di questo: però si notava un noduletto bianco giallastro della grandezza di un seme di canape, e nel dubbio che questo potesse rappresentare parte d'ovaio, o che di tessuto ovarico fosse costituito, il

che avrebbe tolto qualunque importanza al risultato di questo esperimento, tale noduletto fu escisso per farne l'esame microscopico. Infatti colorito in massa con carminio ammoniacale, e fattene le sezioni in serie, risultò essere esclusivamente formato di elementi grassosi e connettivali.

Tolto così qualunque dubbio era evidente essere avvenuta la migrazione esterna degli ovuli, unico modo per potersi effettuare fecondazione, gestazione, parto.

Esperimento VI.

Asportazione ovaio destro. Legatura tuba sinistra. — Coniglia del colore della lepre con cappia di filo di ferro all'orecchio sinistro. Operata il 25 febbraio 1890. Nessun accidente durante l' operazione. Cicatrizzazione per prima intenzione. Messa con il maschio il 13 marzo 1890. Vive ancora.

Esperimento VII.

Asportazione ovaio sinistro. Legatura tuba destra. — Coniglia del colore della lepre con cappia di filo di ferro all'orecchio destro. Operata il 25 febbraio 1890. Non si potè praticare la legatura al disotto dell'ovaio sinistro poichè questo nel momento detta legatura si stava eseguendo, per bruschi movimenti dell'animale, venne via completamente. L'emorragia che ne seguì fu di poco momento. Cicatrizzazione per prima. Messa con il maschio il 13 marzo 1890. Vive ancora.

Esperimento VIII.

Asportazione ovaio destro. Legatura tuba sinistra. — Coniglia del colore della lepre con cappia di ottone all'orecchio destro. Operata il 2 marzo 1890. Nessun accidente durante l'operazione. Cicatrizzazione per prima. Messa con il maschio il 13 marzo 1890. Nella notte del 23 giugno 1890, la coniglia partorisce un solo piccino vivente e sano. Uccisa, fu trovato solamente gravido il corno uterino destro, entro questo l'inserzione placentare. Il corno uterino sinistro invece per nulla sviluppato.

Nessuna traccia di ovaio dal lato destro: del tutto chiusa la tuba sinistra.

Esperimento IX.

Asportazione ovaio sinistro. Asportazione tuba destra. — Coniglia del colore della lepre con cappia di ottone all'orecchio sinistro. Operata il 23 marzo 1890. Si notano i vasi degli organi addominali congesti tanto che alle più piccole pressioni sanguinano. Cicatrizzazione per prima. Messa col maschio il 7 aprile 1890. Vive ancora.

Esperimento X.

Asportazione ovaio destro. Asportazione tuba sinistra. — Coniglia bianca. Operata il 23 marzo 1890. Operazione senza inconvenienti. Cicatrizzazione per prima. Messa con il maschio il 7 aprile 1890. La mattina del 19 giugno 1890, fu trovato che anche questa coniglia aveva partorito un solo piccino vivente e sano. Uccisa, si trovò solamente il corno uterino destro gravido, in esso l'inserzione placentare, corno sinistro normale. Nessuna traccia di ovaio a destra, corno sinistro per nulla comunicante con la cavità addominale.

L'esiguissimo numero di piccini partoriti, tenuto conto della grande prolificità delle coniglie, sta a dimostrarmi che solamente a qualche ovulo è dato, per dir così, il privilegio di sopravvivere e di compiere la difficilissima traversata dell'ambito addominale.

I risultati concordi dei miei esperimenti mi fanno quindi concludere:

1) La migrazione esterna degli ovuli, benchè raramente si verifichi, pure è un fatto incontestabile (Esp. V, VIII, X).

2) Di tutti gli ovuli che abbandonano l'ovaio solamente qualcheduno può giungere a penetrare nella tromba del lato opposto.

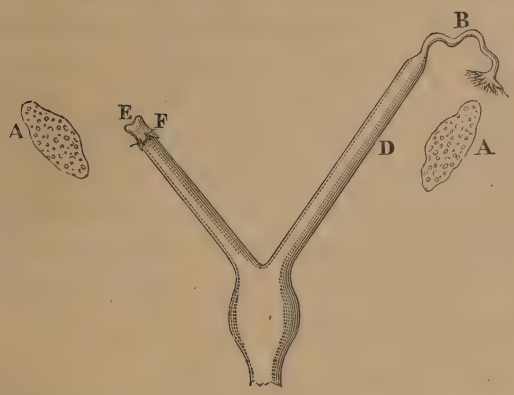
3) L' ovulo, quantunque per portarsi da un ovaio alla tuba dell'altro lato impieghi maggior tempo, di quando passa direttamente dall'ovaio nella tuba corrispondente, e si trovi in condizioni sfavorevolissime, mantiene tuttavia le proprietà ad essere fecondato.

4) La migrazione esterna degli ovuli sperimentalmente ottenuta non fu mai causa di gravidanze extrauterine.

5) Data l' esistenza o l' integrità di un ovaio da un lato e della tromba del lato opposto a questo, è possibile non solo la fecondazione ma anche gravidanze intrauterine.

Terminati questi miei esperimenti mi domandai se in realtà queste correnti fossero determinate dai movimenti vermicolari delle tube e dalle vibrazioni dell'epitelio vibratile; oppure se fosse pure possibile ciò che suppose il chiar. prof. E. Fasola, oppure ad altra causa ancora ignota doversi attribuire il progredire dell'ovulo dall'ovaio nella tuba corrispondente o del lato opposto, o nell' utero.

Per rispondere a queste domande io immaginai uno speciale processo operatorio che eseguii sui conigli; il risultato qualunque fosse, escluse certe possibilità che condurrebbero ad errore, credo risolverebbe



A, A — Ovaia
B — Tromba
D — Branca uterina
E — Branca uterina invaginata
F — punto in cui si pratica un punto di sutura per unire le due parti.

l' arduo problema: ben si comprende che se causa di queste correnti sono le trombe, estirpando queste, quelle non si determineranno più ed allora gli ovuli non trasportati più verso l' utero, vaganti nella cavità addominale periranno distrutti dai leucociti; ed in questo caso non potrà avvenire nè fecondazione, nè gestazione.

Se invece la gravidanza si verifica è logico supporre che gli ovuli furono trasportati nell' utero da correnti originate da ben altri fattori che le tube; oppure che indipendentemente dall'esistenza di tali correnti e per causa ancora ignota, l' ovulo sia riuscito dall' ovaio portarsi nell' utero, non avendo in questo caso che tolte le guide, rappresentate

dalle tube, che farebbero progredire gli ovuli stessi dagli ovari entro l' utero.

Estirpate quindi le trombe, venne subito in mente che le aperture addominali dei corni uterini o per grumi sanguigni, o per flogosi o per tessuto cicatriziale, verrebbero ad obliterarsi ed allora non verificandosi gravidanze, interpretare erroneamente il fatto, ciò che invece doveasi attribuire a cause meccaniche essendo chiusa la comunicazione acciò gli ovuli ed i spermatozoi potessero venire a contatto. Per ovviare a questo io pensai di arrovesciare gli estremi dei corni uterini in modo che la loro apertura addominale fosse costituita dalla mucosa e con quattro punti staccati diametralmente opposti, comprendendo soltanto la sierosa e la muscolare, tenere fissa la parte di corno uterino arrovesciata.

Sono dolente però che per la ristrettezza del tempo e per lo scarso numero degli esperimenti non possa per ora su ciò per nulla pronunciarmi riservandomi di ciò fare ad esperimenti compiuti.

Prima di porre termine a questo mio scritto sento il dovere di ringraziare il prof. Emilio Fasola che mi consigliava lo studio dell' argomento che ho svolto e la Direzione del Laboratorio di Anatomia di questo Regio Istituto che gentilmente mi ospitò permettendomi di compiere le mie ricerche sperimentali.

BIBLIOGRAFIA.

1778 Albukasim. — « De Chirurgia, arabice et latine, cura S. Channing. » Oxonii, 1778, in-4, Cap. 76, n. 2.

1740 Th. Bartolini. — « De insolitis partus humani viis. » Dissertatio nova. Hagae, 1740.

1828 Michele Lenhossech. — « Beschreibung zweier merkwürdigen Fälle von Schwangerschaften, etc. » *Annali Universali di Medicina,* Volume XLV, fasc. 135, bis. 455.

1863 Rouget. — *Journal de la phys.* Vol. I., pag. 320.

1864 Henle. — « Handbuch d. Anatomia d. Menschen. » 1864, Vol. II., pag. 470.

1842-52 Bischoff. — « Entwickelung des Kaninchenseies. » Braunschweig, 1842, pag. 45. — « Braunschweig, des Hundeeies. » 1845, pag. 68. — « Braunschweig, des Ueberschweinchens. » 1852, pag. 16.

1864 Kiwisch. — « Geburtskunde. » Vol. I., pag. 96.
1864 Kehrer et Liegeois. — « Zeitschr. f. rat. Medicin. » Vol. 20, pag. 19.
1864 Otto Becker. — « Moleschott's Unters. zur Naturlehre. » Vol. II, pag. 71.
1875 Guglielmo Romiti. — « Della gravidanza extra-uterina. » Memoria presentata come tesi di concorso. Firenze, 1875.
1858 Kussmall. — « Von dem Mangel u. s. w. der Gebärmutter und der Ueberwanderung des Eies. » Würzburg, 1859.
1864 Kolb. — « Pathologische Anat. der. Weibl. - Sexualorg. » pag. 538.
1866 A. Triadou. — « Des grossesses extra-utérines. » Paris, Vol. VIII.
1867 Marinus I. R. — « Mémoire sur la grossesse extra-utérine. » Paris, Vol. VIII.
1868 De Smet E. — « Des grossesses extra-utérines. » Paris, Vol. VIII.
1874 Ruge. — « Extrauterine Schwangerschaft. » *Beitrage zur Geburst. und Gynaek.*, pag. 154.
1875 Polaillon. — « Grossesse extra-utérine. » *Soc. de Chirurgie.* Mars.
1885 A. Bruzzi. — *Annali di Ostetricia* (prof. Chiara). Tesi di laurea.
1886 Wyder. — « Beiträge zur Lehre von der Extrauterinschwangerschaft und der Orte des Zusammentreffens von Ovulum und Spermatozoen. » *Arch. f. Gyn.*, t. XXVIII, 1886, pag. 326.
1886 Schröder. — « Manuale di Ostetricia. » (Traduz. Giovanni Rocca), pag. 26.
Kussmaul. — Loc. cit.
1864 Bischoff. — « Entwikelungsgeschichte. » Pag. 28.
1721 Vallisnieri. — « Storia della generazione dell'uomo e degli animali e della sterilità della donna. » Venezia, 1721.
1860 Leukart. — « L. und Berymann Vergleichende anatomie. »
G. Romiti. — Loc. cit.
1869 Agassiz. — « Contributions to the natural historis of the United States. » T. I, pag. 238. (Citato da Kussmaul, p. 341).
1824 Czihak. — « D. i. de grav. extra, etc. » Heidelberg, 1824.
1825 Barzellotti Giacomo. — *Annali universali di medicina.* Vol. 136.°, pag. 379.
1830 Scanzoni. — *Beitrage zur Geb. u. Gyn.* Vol. I, disp. I.
1834 Drejer. — *Journal for Medic. oy. Chirurgy.* Kopenhagen, May, 1834.
1845 Oldham. — « Guy's Hospital Reports. » Serie II, Vol. III, 1845,
Kussmaul. — Loc. cit.
1860 Rokitansky. — *Allgemeine Wiener med. Zeitung.* 1860, n. 20.
1864 Luschka. — « M. f. G. » Vol. XXII, pag. 31.
1866 Spaeth. — *Wiener med. Press.* 1866, n. 1.
1866 Bisiadeky. — *Wochenblatt d. Ges. d. Wiener Aerzte.* 1866, n. 30.
1870 *Gazz. med. de New York*, 12 novembre 1870. « Virchow-Hirsch'scher Jahresbericht. » 1870, Vol. II, pag. 522.

1876 Leopold. — *Archiv. f. Gin.* Vol. X, pag. 248.

1868 Hassfürther. — « Dissert. inaug. von der Ueberwanderung des menschlichen Eies. » Jena, 1868, pag. 55.

1870 Brown. Ion. H. — « Occlusion of os Uteri at full term of Pregnancy. » (*British Medical Journal*), n. 1324, S. 928.

1876 Conrad et Langhans (à Berne). — *Archiv. für Gynaek.*, t. IX, pag. 337.

Leopold. — Loc. cit.

1884 Rathgeh. — Ein Fall von Graviditatis interstitialis mit aüsserer Ueberwanderung des Eies. » *Centralbl. für Ginaek.*, n. 1, 3 janvier, 1884.

1862 Maurer. — « Von der Ueberw. d. menschl. Eies. » Dissertaz. inaug. Erlangen. 1862.

1867 Weber v. Ebenoff. — *Wiener med. Presse,* 1867, n. 50 e 51.

1879 Parsenow. — « Dissertaz. inaug. » Rostoch, 1879.

1880 Leopold. — *Archiv. f. Gyn.* Vol. XVI, pag. 24.

1880 Küstner. — « Die ectopische Schwangerschaft. » Müller's Handbuch der Geburtshülfe, t. II, pag. 497.

1881 Kireef V. — « Dissertaz. inaug. Petersburg. citirt. nach. » *Centralbl. f. Gyn.,* 1881, S. 366.

1889 Bruzzi A. — Loc. cit.

1889 Heinricius G. — « Recherches expérimentales sur les migrations externes de l'oeuf. » *Nouvelles archiv. d'obst. et de gyn.*, 1889, t. IV, pag. 7.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
Diretto dal Prof. L. Mangiagalli.

Contributo allo studio della polmonite in gravidanza

PEL

Dott. FRANCESCO VILLA

Le pubblicazioni di studi basati su considerazioni tratte dalla fisiopatologia ed appoggiati a buon numero di osservazioni hanno condotto a conoscere quali e più frequenti eventualità minaccino la donna gravida che ammala di polmonite, ma non ancora dato soddisfacente soluzione di alcuni problemi importanti; e la questione dell'influenza di tale malattia non venne pur anco studiata dal punto di vista delle odierne conoscenze patogenetiche.

In altri tempi si ammise a torto che la gravidanza predisponesse ad ammalare di polmonite e da alcuni se ne volle stabilire e descrivere una forma a parte, puerperale, dotata di speciale gravezza. Ma poi invece si ricercò se per avventura, già per il solo fatto della gestazione, esistessero condizioni sfavorevoli all'organismo nella lotta che combatte colle malattie, e si pensò quindi alle circostanze che influenzandosi reciprocamente da gravidanza a polmonite, e da questa a quella, congiurassero a danno della madre e del feto.

La complessità della funzione respiratoria e gli stretti legami che essa tiene col centro circolatorio e colla sanguificazione in genere, dimostrano come negli studi fatti siasi dovuto per necessità tener calcolo delle condizioni del sangue e del suo circolo modificate durante la gestazione. Per vero le differenze riguardano quasi esclusivamente i periodi più inoltrati di essa, ma è appunto perchè le controversie sono relative a fatti che si svolgono in quei tempi che se ne deve tenere il maggior conto.

Il sangue della gravida fu studiato ripetutamente e sotto parecchi punti di vista, e numerose ricerche condussero a ritenere quali principii fondamentali, i concetti dell'aumento della sua massa, di modificazioni nella costituzione chimica e « dell'esistenza di una vera idremia « (1). Da tali studii infatti appare che, sia poi relativa od assoluta (Fehling, Mayer, Hayem, ecc.) la diminuzione nel numero dei globuli rossi, certo è che il sangue ne è più povero e che si deve tener conto della « diminuzione costante e progressiva dell'emoglobina, del potere respiratorio del sangue e dei materiali solidi del siero » (2); onde risulta che allorquando, e quanto meglio, il feto è vitabile, si terrà calcolo dell'aumento dell'acido carbonico, « aumento che è assoluto in faccia ad un sangue predisposto a riceverlo ed a conservarlo, restando immutato il campo dell' ematosi. » (3).

Di fronte però a questi risultati altri osservatori espressero opinioni contrarie od opposte: per Ingerslew il numero dei globuli rossi non diminuirebbe durante la gravidanza per il fatto della gravidanza stessa, Reinl si limiterebbe a credere ad un'influenza anemizzante della gestazione, ed attribuirebbe notevole importanza all'alimentazione, alla quale, al genere di vita e ad altre circostanze affatto individuali e rimovibili, il Dubner (4) crede sia devoluto l' eventuale minor contenuto emoglobinico del sangue della gravida.

Riguardo al cuore sono noti quel certo grado d' ipertrofia del ventricolo sinistro, discusso e che si discute tuttora, ma ammesso dai più, e di dilatazione del cuore destro, il maggior lavoro che il viscere deve compiere, e quella disposizione organica alla degenerazione adiposa propria allo stato gravidico.

L'apparecchio respiratorio è poco influenzato meccanicamente dallo sviluppo dell'utero gravido, e le ricerche di parecchi clinici, completate dal Dohrn e da Bergesio (5), hanno stabilito che la perdita che la cavità

---

(1) CHARPENTIER. « Traité des accouchements. » T. I, p. 697.

(2) *Nouvelles Archiv. d'obstetr. et gynec.*, 1888. DOLERIS e QUINQUAND. « Recherches sur le sang foetal, etc. » p. 537.

(3) MARTY. These citata da Charpentier. « Traité des accouchements. » T. I, p. 701.

(4) DUBNER. « Untersuchungen über den Hámoglobingehalt des Blutes in den letzen Monaten der Gravidität, etc. » *Münchener. Med. woch.*, N. 30, 31, 32, 1890.

(5) *Annali d'ostetricia e ginecologia*, 1879. BERGESIO. « Influenza della gravidanza sull' organo del respiro in condizoni fisiologiche e patologiche. »

toracica subisce nel diametro verticale è compensata dall'aumento della base del torace nel senso del diametro trasverso. Ma come ben osserva il Bergesio, la questione oltre che d'ordine meccanico, è anche d'ordine chimico, ed infatti secondo le esperienze di Andral e Gavarret la donna gravida espira quantità d'acido carbonico maggiori e sempre crescenti, onde, anche non volendo dare importanza « all'aumentato passaggio di tale gaz deleterio alla vita dei tessuti che non può certo predisporre la trama polmonare a maggior stato di vita » (1), riesce ovvia la considerazione che un disturbo polmonare ugualmente intenso dovrà produrre effetti diversamente gravi a seconda che la donna è o non è gestante.

Dal riassunto di questi brevi cenni appare che la donna nell'ultimo trimestre della gravidanza presenta cangiamenti nella costituzione chimica ed anatomica del sangue, cuore obbligato ad un lavoro maggiore, funzione respiratoria non alterata sensibilmente dal lato meccanico, ma che da quello chimico dimostra l'esistenza di uno sconcerto nel ricambio gazzoso, e che insomma offre condizioni che costituiscono un complesso il quale sta sul confine fra la fisiologia e la patologia, e gode di un equilibrio che può essere rovesciato da circostanze anche di lieve momento. Nella fisiopatologia si riscontrano, costanti per alcuni apparecchi, i principii, dell'aumento nell'attività, compensatore della scemata intensità della funzione e dell' azione vicariante ed accessoria, ed anzi si può dire che in taluni casi la natura reagisca e si difenda con simili mezzi dagli effetti delle malattie. Le quali appunto hanno un pronostico meno favorevole in ragione di preesistenti alterazioni di organi che cospirano alla stessa o ad altra funzione intimamente collegata a quella del viscere che ammala, e più grave diviene pure la prognosi se esso compiva già a stento il proprio ufficio. Per analogia non si potrebbe sospettare con fondamento che la sinistra influenza della polmonite sulla donna gravida sia (in parte almeno), devoluta al fatto che le funzioni le quali concorrono al mantenimento dell'equilibrio vitale, non ponno spiegare sufficientemente quell'iperattività che vale a scemare, a rendere meno gravi i profondi sconcerti indotti dal processo polmonare acuto?

Credo che passando brevemente in rassegna e valutando i principali fenomeni della malattia, riuscirà meglio chiarito questo concetto. La

---

(1) Bergesio. Loco citato, pag. 225.

febbre aumenta la combustione e consumandosi quindi maggior quantità d'ossigeno, si rende più grande l'accumulo dell'acido carbonico. La congestione flussionale, l'essudazione, l'iperemia e l'eventuale edema collaterale sono condizioni che restringono il campo dell'ematosi, mentre intanto l'aumentata frequenza del polso, svela l'accresciuta attività cardiaca. Ed ecco che, arrivato il periodo di stazionarietà, appaiono spesso i segni di ben maggiore disordine circolatorio: la forza e l'ampiezza del polso talora diminuiscono e la piccolezza e la contrazione di esso con manco di resistenza divengono le note dominanti. Questa piccolezza può dipendere da uno stato di debilitazione del muscolo cardiaco od anche semplicemente dalla viziosa ripartizione del sangue nei due cuori: « quello di sinistra e le arterie sono relativamente poco riempiute, mentre la pressione nelle vene è aumentata e fa sentire i suoi effetti sulla totalità del sistema a sangue nero » (Jaccoud), ma trattisi poi dell' uno o dell'altro disturbo, certo è che nel sangue si forma un eccesso d'acido carbonico per effetto dei singoli sconcerti che concorrono al medesimo risultato dell'ipercarbonosi sanguigna, sommando e forse moltiplicando le loro rispettive azioni. A tutto questo la gravida non oppone che un sangue carico primitivamente d' acido carbonico e dotato di scarso potere ossidante, ed un cuore già aggravato da un lavoro superiore alla norma, mentre poi non può fruire liberamente di un vantaggio che è concesso alla donna non gestante in causa degli ostacoli meccanici all' esagerazione dell'ampiamento della cavità toracica.

Sia dovuto ad una predestinazione della natura o sia in rapporto alla maggiore elasticità delle coste, la donna offre normalmente il tipo di respirazione proprio, costale superiore, che si verifica in causa della prevalenza d'azione dei muscoli intercostali, ma sotto rapporti patologici anche essa ricorre alla respirazione costo-addominale, avvegnachè » l'ingrandimento più notevole dello spazio intratoracico sia prodotto dall'appianarsi del diaframma » (Guttman, Oehl).

Nella gravida quindi il compenso nella dilatazione della base del torace alla perdita nel diametro verticale non potrà più bastare, ed il diaframma sarà richiesto di una maggiore funzionalità. La quale, sempre riferendoci all'ultimo trimestre della gestazione, non si potrà negare che abbia ad essere ostacolata dallo sviluppo dell'utero gravido. E come si osservano sconcerti meccanici di circolo e di respiro per il fatto di gravidanza gemellare, idramnios, voluminosi tumori addominali che agi-

scono per compressione e riduzione della cavità toracica, così inversamente devono sorgere od almeno essere più facili i disturbi quando l'imperioso bisogno dell'acquisto di capacità del torace trova delle resistenze abnormi.

La considerazione suesposta risguardante le modificazioni indotte dallo stato puerperale che vanno aumentando col proseguire della gestazione, concede in linea teorica di accordarci con quanto venne segnalato dall' esperienza e cioè sul fatto che l' influenza esercitata dalla polmonite sulla gestante stia quasi in ragione diretta dell'età della gravidanza. Prendendo le mosse da questa questione generale, troviamo quale primo fatto importante la frequenza colla quale si verifica il parto e tanto più facilmente quanto più si è vicini al termine (1).

L' alto potere che l' acido carbonico ha sulle fibre muscolari uterine, che godono di un' eccitabilità sempre crescente, e l' eccesso di tale gaz nei periodi avanzati della gestazione, ed ancora aumentato per la causa patologica, danno una spiegazione del facile occorrere del parto, che è soddisfacente perchè consona al complesso delle condizioni materne, potendosi altresì tener conto della cospicua sottrazione d'ossigeno che viene praticata dal feto vitabile. E le considerazioni or ora ricordate sulla decrescente resistenza dell' organismo muliebre spiegherebbero anche, perchè la gravezza del pronostico, aumenti coll' età della gravidanza, ma non parmi diano ragione del concetto quasi universalmente accettato, che per sè stesso il parto più frequente in questi periodi innoltrati, sia una causa potente di aggravamento della malattia. Questo è il dato apparente che forniscono alcune statistiche, e questa è pure l' opinione di clinici illustri e di trattatisti insigni.

Matton, Wernich, Bergesio, Coli, Schroeder, Gusserow, Müller, ecc. sono di tale parere, Bourgeois, Grisolle, Chatelain, Ricau espressero quello contrario. Siffatta disparità di vedute mi fa pensare non solo che fosse esatta l' obbiezione che Tarnier (2) muoveva al Matton « se cioè nei casi di polmonite seguiti da morte il parto non siasi verificato sopratutto perchè lo stato della donna era assai grave, » ma ben anco credere

(1) Tarnier e Budin. « Traité de l'art des accouchements. » T. II, p. 84.

(2) Tarnier e Budin. Loco citato, pag. 86.

giusto il quesito che il Wallich (1) *si limitò ad enunciare,* « se l'aborto od il parto prematuro siano l'effetto e non la causa della gravità della polmonite, » e mi spinge ancora ad indagare se per avventura *l'interruzione della gravidanza non debba valutarsi quasi come un'indice della gravità della malattia.*

La questione è importante non solo dal lato scientifico e teorico, ma anche da quello pratico, onde deve innanzi tutto essere ben definita nel senso di scindere i rovesci devoluti a complicazioni od accidenti ostetrici da quelli arrecati dal male, e di fare distinzione fra tempo e tempo di gravidanza in cui si sviluppa il processo polmonare. Ed innanzi tutto quali vantaggi e quali danni possono provenire alla donna per il fatto dell'espulsione del feto?

Wernich, Hegar, ecc. credono che la malattia sia molto grave per il facile occorrere di complicazioni cardiache, le quali poichè si riflettono sull'apparato respiratorio — nelle cardiopatiche si verificano accessi di soffocazione, emottisi, ecc. — produrrebbero nel nostro caso, aumento di congestione, edemi collaterali e farebbero crescere la pressione nel sistema venoso che come si vide trovasi già troppo repleto. Gusserow ricerca la causa dell'influenza sfavorevole, nei cangiamenti di rapporto della circolazione dei polmoni perchè le loro infiltrazioni aumentano le resistenze nel piccolo circolo e quindi, qualora il ventricolo destro non possa vincerle coll'aumento nell'attività, ne consegue disposizione alla stasi ed all'edema polmonare, disposizione che sarebbe *aumentata per la qualità idremica del sangue.* L'insufficienza cardiaca sarebbe quindi secondaria, ma nello stesso modo che « nella polmonite talora il pericolo dipende dall'iperpiressia, onde si può avere la morte senza alterazione locale bastevole a spiegarla » (2), e che nei cardiopatici malati di polmonite la prognosi si fa grave in causa della facilità al collasso cardiaco determinata dalla preesistente debolezza del cuore, così parmi che non si possa trascurare il pericolo dell'insufficienza primaria, massime in oggi che la malattia in questione non può considerarsi come una forma affatto localizzata e quasi meccanica, ma che è accertato il concetto della infezione.

---

(1) *Annales. de gynéc. et d'obstetr.* Juin 1889. WALLICH. « De la pneumonie pendant la grossesse. »

(2) LIEBERMEISTER. « Patologia e terapia della febbre. » 1881, pag. 450.

Inoltre devesi considerare, come un grave pericolo e talora anche la morte possano essere provocati dall'insorgenza di qualche complicazione quali l'endocardite, la pericardite, la nefrite che alla lor volta arrecano un disturbo alla funzione del muscolo cardiaco, richiedendolo di maggior fatica o perturbandone il lavoro utile.

La donna gestante oltre che a sè stessa, provvede anche pel bambino le cui esigenze vanno vieppiù aumentando, ed a ciò arriva con un lavorio d'ematosi assai accresciuto poichè « come il cuore batte in certo qual modo per due, così i suoi polmoni respirano per entrambi. Ne segue per il sistema vascolare di questi organi una pressione più considerevole, una congestione necessaria; e questo nuovo stato anatomico causato dal bisogno di un'ematosi per due esseri, può ben dar ragione degli accessi di soffocazione che provano alcune gravide e delle emottisi che avvengono in certe altre » (1). Svuotato l'utero resta tolta la richiesta di questo maggior lavoro ed inoltre per la diminuzione che subisce la massa del sangue e per il chiudersi dei grandi vasi dell'utero viene ad incombere al cuore un lavoro minore (2). E dal lato meccanico devesi tener conto della scemata resistenza che incontra il diaframma e dell'abbassarsi della pressione endoaddominale. In base a queste considerazioni e riportando il pensiero all'anemia arteriosa, alla povertà d'ossigeno ed opposta carbonosi, ed allo stato d'idremia del sangue gravidico « facile alla stasi ed agli edemi, » alterazioni tutte che ponno in breve essere portate all'eccesso per lo squilibrio prodotto dalla malattia e cioè per effetto della scemata depurazione sanguigna e conseguente accumulo di materiali deleteri alla vita dei tessuti, sembrami che il parto dovrebbe essere piuttosto considerato come benefico. Che esso sia fonte di pericoli per la facilità al verificarsi di accidenti puramente ostetrici, non si può ammetterlo, e neppure coloro che gli attribuiscono tristi conseguenze (del resto molto rare) si appoggiano su questo punto: il travaglio decorre per regola in modo rapido, il secondamento è pronto e l'inerzia uterina per nulla frequente. Invece le obbiezioni si fondano sull'eccitazione generale e sui disturbi arrecati alla circolazione ed alla respirazione. Poichè l'eccitazione nervosa trovasi in genere collegata alla lentezza ed

---

(1) Peter. « Traité des maladies du coeur. » 1883, p. 580.

(2) Schroeder. « Manuale di Ostetricia » 1883. Nota del prof. Tibone, p. 215.

alle difficoltà del travaglio, e nel nostro caso questo decorre invece rapido, anche perchè essendo il feto per lo più precoce o prematuro, facile riesce lo stabilirsi della via da percorrere, così questa complicazione del resto poco importante non merita, al pari dell'eventuale perturbamento della calorificazione legata ai diversi periodi del parto, di essere presa in speciale considerazione. I disturbi del circolo e del respiro sembrano al contrario importanti, e, per riguardo a questi ultimi, chiunque abbia assistito qualche partoriente si sarà facilmente persuaso che, specie nel periodo espulsivo, si verificano perturbazioni profonde nel ritmo e nell'ampiezza della respirazione. Coi dolori una gran quantità del sangue venoso circolante nell'utero è spinta nel ventricolo destro, onde consegue un aumento nella stasi del polmone, ed « avviene anche la compressione del torace che ad organi del petto normali cagiona disturbi circolatori, ma nella polmonite deve aumentare di più i pericoli. » (1). E secondo Jürgensen è da temersi principalmente l'insufficienza del cuore e per Wernich « la conseguenza naturale del cangiamento nella pressione del cavo toracico che si produce subitanea al momento del parto non può essere che un'edema polmonare colle sue gravi conseguenze. » (2).

Innanzi tutto giova ricordare che nello stesso modo che carattere essenziale delle contrazioni uterine è quello di essere intermittenti, così l'eccesso di lavoro polmonare e cardiaco non può considerarsi come sempre più elevantesi in linea retta, ma invece l'indice quantitativo delle perturbazioni arrecate dal travaglio deve essere rappresentato con una spezzata. Il che mi sembra non debbasi trascurare, poichè tregue ancorchè non assolute costituiscono sempre un vantaggio quando si tratta di sostenere qualche fatica. Ma proseguendo, se il parto ha un effetto così pernicioso sul cuore e sul circolo polmonare, come mai avviene che non siano frequenti od almeno non siano rare le sincopi, e le asfissie repentine, causate da edema polmonare, durante il parto o poco dopo l'espulsione del feto? Nei casi di esportazione di voluminosi tumori addominali, o di paracentesi per cospicui versamenti, si deve tener presente il pericolo conseguente al rapido abbassarsi della pressione endoaddominale,

---

(1) Mueller. « Handbuch des Geburtshülfe. » 1889, II Band, pag. 903.

(2) Riportato da Charpentier e da Coli.

ma questi disturbi idraulici non sono più temibili dopo i primi momenti ed al più dopo le prime ore consecutive all' atto operativo, per cui si potrà nel nostro caso attribuire a tali sconcerti la morte che avviene più e più giorni dopo lo svuotamento dell'utero? Mi ricordo di vecchie ateromasiche, di qualche cardiopatica ed anche di qualche altra donna tossicolosa, enfisematica che presentarono un decorso esemplare post operatorio, e che avevano cisti o cistomi ovarici di volume straordinario.

Müller (1) che divide l'opinione essere il parto condizione aggravante lo stato della donna, scrive: « la polmonite è una malattia ciclica che pel suo decorso richiede un certo tempo, è una malattia parassitaria che si lascia influenzare da *grossi momenti meccanici.* Questi rapporti spiegano perchè il tempo dell'insorgenza del travaglio sia indifferente pel decorso della malattia. » Per vero io non so concepire come si possano mettere allo stesso livello per riguardo alla supposta nociva influenza del parto, una donna malata da uno o due giorni, che offre una polmonite iniziale o circoscritta, che non è estenuata, ed il di cui cuore è quindi relativamente ancora forte, ed un' altra che ha epatizzato uno o due lobi polmonari e che da 6-8 giorni è in preda a forti piressie, e che è profondamente intossicata, poichè mi sembra ovvio il ritenere che quest'ultima dovebbe risentirne in modo incomparabilmente maggiore dei *grossi momenti meccanici*; e quindi ne deriverei che se il tempo dell' insorgenza del travaglio è indifferente pel decorso della malattia, è perchè esso *travaglio non esercita una rimarchevole azione dannosa sulla malattia stessa e (per converso) sulla gestante malata.*

Non intendo di negare che il rapido cangiamento nell'altezza della pressione endoaddominale abbia influenza sulle funzioni respiratoria e circolatoria, e non lo potrei avendo più volte osservato la riacutizzazione ed anche lo stabilirsi di un catarro bronchiale collaterale consecutivi al parto, ma invece escludo che gli sconcerti da questo apportati *costituiscano* la supposta causa aggravante della malattia. E poichè è ammesso che nella gravidanza inoltrata la polmonite è più grave, ed è noto che, la carbonosi mentre costituisce talora il pericolo, ha pure un'influenza universalmente riconosciuta sulle fibre uterine, le quali sono

---

(1) Mueller. Loco citato.

meglio eccitabili quanto più la gestazione volge al suo termine, ed inoltre emerge dai citati studi di Andral e Lavarret che la ricchezza d'acido carbonico aumenta col progredire della gestazione, così anche in conformità alle idee che già in altri tempi furono le sole in favore, non dovrebbe disconoscersi uno strettissimo nesso fra l'intensità della malattia e l'effettuarsi del parto. Ma siccome nè l'elevazione termica, nè l'estensione del processo polmonare sono certi indizi della gravità del morbo e tanto più in oggi che la polmonite è riconosciuta quale un'infezione, così non deve riuscire difficile il credere che, come pel vaiuolo e pel tifo, il parto possa avvenire anche per la sola forza della sepsi speciale alla polmonite, e quindi per converso il pensare che, allo stesso modo che nelle indicate malattie l'aborto ed il parto prematuro non si ritiene aumentino, nè la gravità nè la mortalità, così nella pneumonica gravida il parto non sia causa aggravante, ma bensì solo *un semplice effetto di un* QUID *che lo provoca quando è assai potente perchè agisce energicamente sull'organismo materno e talora anche su quello fetale.*

La polmonite è una malattia infettiva, onde, sia poi essa l'effetto della localizzazione dell'infezione generale oppure la reazione locale al punto d'innesto dei batteri che si verifica negli animali più resistenti, questo concetto conduce senz'altro a pensare alla diversa sensibilità ed al diverso modo di reagire propri al soggetto che ne è colpito. Gli individui troppo suscettibili vengono rapidamente uccisi dal veleno che produce una sepsi perchè « poca è l'affluenza fagocitaria, ed i leucociti non si impadroniscono dei diplococchi e non ostacolano la moltiplicazione di essi » (1) che negli *animali resistenti* « ponno bensì essere ritrovati nella milza, nel fegato, nelle reni, nel midollo delle ossa, ma che vi arrivano in quantità piccolissime per essere distrutti dai macrofagi degli organi interni » (2). Nella polmonite inoltre si distinguono due forme primitive, l'una apparentemente infettiva e l'altra franca, le quali sono ben diversamente gravi; ma tale differenza sembra (Cornil e Babes) essere unicamente dovuta alla quantità dei microorganismi, ed *alla recettività del soggetto* che ne è stato invaso e quindi deve ritenersi più speciosa che reale (Jürgensen, Mendelssohn, German See etc.) in quanto che si

---

(1) *Annales de l'institut Pasteur,* 1890. TCHISTOVITCH. « Etudes sur la pneumonie fibrineuse. »

(2) *Annales de l'institut Pasteur,* 1888. GAMALEJA. « Etiologie de la pneumonie fibrineuse. »

tratta di una sola malattia più o meno intensa (1). La quale nella varietà detta infettiva, ha maggior tendenza a diffondersi, a migrare, produce le complicazioni cardiache, pleuriche, meningee ecc. ed « è legata sopratutto alle condizioni individuali dei malati. » (2).

La specie umana che appartiene alla categoria degli animali resistenti, ed offre reazione locale estesa e rari microbi nel sangue, non è costituita da un tipo unico, poichè devono essere prese in considerazione le differenze di età e di sesso. E precisamente per la polmonite è noto come essa nella vecchiaia e nella infanzia goda di un pronostico molto riservato, come gli individui minati nella costituzione generale (alcoolisti ecc.) vadano più facilmente incontro a morte od a complicazioni gravi, ed infine i dati statistici di Jürgensen (3) fissano la mortalità ad un procento assai più elevato nella donna che non nell'uomo, e stabiliscono un fatto « che deve essere presente a coloro che ricercano le relazioni esistenti fra polmonite e gravidanza perchè evitino d'esagerare l'influenza di questa su quella. » (4).

La gestante che nel compiere un ufficio altamente fisiologico subisce modificazioni ragguardevoli e tali che rendono meno attive e meno valide alcune fra le funzioni essenziali, deve necessariamente trovarsi per riguardo alla resistenza contro le malattie infettive ad un livello inferiore della donna non gravida. Infatti la gravezza speciale, che le malattie infettive rivestono in essa, anche quando non sono tali da arrecare ingenti disturbi per il solo fatto della speciale localizzazione prediletta, non può in oggi spiegarsi altrimenti che *colla accresciuta sensibilità alle intossicazioni,* sensibilità che non è assoluta, poichè non si ritiene che la gravidanza predisponga a tali malattie, ma bensì relativa alle difese meno vive che l'organismo oppone ai microbi. Il fagocitismo che nella gravida potrebbe credersi più attivo in causa di aumento dei globuli bianchi nel sangue, non è il solo mezzo di difesa, ma nello stesso modo che negli umori di animali primitivamente od artificialmente resi refrattari è difficile od impossibile ad un dato microbio di svilupparsi, anche quando

---

(1) Cornil e Babes. « Les bacteries. » 1886, p. 417.

(2) Cornil e Babes. Loco citato.

(3) Conf. Volkmann N. 43.

(4) W. T. Lusk. « Science et art des accouchements. » Traduction de Doleris, p. 308.

tali umori sono stati privati di ogni cellula, così nell'uomo devesi, secondo Bouchard, tener conto anche di una condizione statica, cioè a dire chimica, che si associa e presta e riceve appoggio dalla condizione dinamica messa in giuoco dalla attività cellulare. « Quando si pensa quale minima differenza nella composizione chimica dei mezzi inerti rende più o meno attiva od impedisce la vegetazione dei microbi si comprende che la differenza nella composizione degli umori degli animali viventi, possa produrre gli stessi risultati. » (1).

La condizione statica, detta stato battericida, è quindi importantissima e poichè è di natura essenzialmente ed anzi esclusivamente chimica, non potrebbe essere sconcertata dai cangiamenti che il sangue subisce anche sotto questo punto di vista per il fatto della gravidanza, e quindi dar ragione per mezzo della eventuale diminuzione nella sua intensità d'azione della sensibilità accresciuta nella gestante di fronte ai batterii? Checchè ne sia, qualora venga colta dalla infezione pneumonica, essa si troverà in maggiore pericolo quanto più diminuita sarà la sua resistenza, che in teoria (e la pratica è pure d'accordo), decresce coll'innoltrarsi della gravidanza. Facilmente quindi avverrà che i microbi si svilupperanno più rapidi e più numerosi, che il suo sangue conterrà maggior copia di essi; che andando ad annidarsi nel fegato, nella milza, nel rene, ecc. produrranno materiali più abbondanti, e che l'infezione guadagnerà in intensità, oppure da locale si sarà generalizzata.

Ecco dalla battierologia una dimostrazione nuova, e nuova interpretazione e conferma della gravità che la polmonite riveste quando complica la gravidanza, ed ecco spiegato anche in altro modo il temuto pericolo dell'insufficienza cardiaca; ma a me importa più ancora il ricercare un nesso fra l'infezione ed insorgenza del travaglio. Se le analogie costituissero delle prove non avrei che a ricordare gli studi sperimentali di Foà e Rattone (2), Foà e Bordone-Uffreduzzi (3), poichè nella pronta interruzione della gravidanza avveratasi negli animali inoculati col virus pneumonico troverei una splendida soluzione del quesito, ma invece da quei risultati è lecito trarre solo induzioni favorevoli al mio asserto, onde

---

(1) Conférence de M. Bouchard au Congrès de Berlin 1890.

(2) *Giornale della R. Accademia di Torino,* 1885.

(3) Idem, 1887.

forza è che mi rivolga altrove in cerca di argomenti. Già dissi che l'ipercarbonizzazione del sangue fu considerata come l'agente provocatore dell'aborto o del parto, sembrando tale esserne la causa più probabile sebbene non del tutto indiscutibile, ma per altro in riguardo alle malattie infettive non mancarono delle ipotesi fra le quali ricordo l'influenza dell'alta temperatura, l'eccitazione diretta del sangue alterato sulla fibra muscolare od indiretta per azione sull'apparecchio nervoso uterino, le alterazioni della placenta, ecc. ecc. Dall'esame delle storie cliniche qui unite, non riesce punto provata l'asserzione di Grisolle sulla ipertermia delle gravide pneumoniche, e del resto le esperienze di Doleris e Doré (1) accettate poi anche da Runge, e confermate dal Negri (2), concludono che la sola temperatura è insufficiente a provocare l'aborto ed il parto prematuro e che la morte del feto non deve ricercarsi in essa, ma bensì nella setticemia materna. E la febbre delle malattie infettive è tossica e Rufler e Charrin (3) la riprodussero iniettando dei veleni batterici, per Brieger e Roussy (4) è provocata da ptomaine e diastasi, e per Serafini è nella polmonite causata dai prodotti di un microbio (5), onde, quando si volesse credere all'influenza termica, si dovrebbe tener presente che siccome l'ipertermia è l'effetto di un'intossicazione, così innanzi tutto sarebbe da escludere che la causa che la determina abbia azione sulla donna e sul feto.

È oramai acquisito che i batterii agiscono sugli animali per mezzo delle materie che secernano (6) e che sono veri veleni dei quali gli uni attaccano a preferenza il sistema nervoso, gli altri modificano le funzioni od anche la nutrizione di altre cellule ed in complesso sono imputabili del delirio, delle convulsioni, del coma, di disturbi di secrezione e di degenerazioni muscolari e viscerali; ma però siccome in alcuni casi l'azione di tali virus animati è meccanica (obliterazione del circolo di un'organo — Cornil e Babes) così si potrebbe credere che tale fatto avve-

---

(1) *Archives de tocologie,* 1884. Doré. « De l'influence de la temperature sur la vie de foetus et sur la gestation. »

(2) *Annali d'ostetr. e ginecol.,* 1886. Negri. « Le elevate temperature nel corso della gravidanza. »

(3) Bouchard. Loco citato e « Des autointoxications. »

(4) Brieger. « Microbes ptomaïnes et maladies. » 1887.

(5) Serafini. « Sulla causa della febbre nella polmonite fibrinosa, ecc. » *Rivista internazionale,* 1887.

(6) Bouchard. « Action des produits secrètes par les microbes. » 1890, Paris.

nisse nella placenta materna e da esso si dovessero ripetere i disturbi che provocano l'interruzione della gravidanza. Ma ricerche sperimentali (1) conchiusero che « la placenta non costituisce un'organo di predilezione per la fissazione degli elementi stranieri al circolo sanguigno » e se ciò sta per gli animali poco resistenti ai virus, tanto più dovrà esser vero nella specie umana; per cui parmi che la questione possa nel nostro caso restringersi da un lato agli effetti del perturbamento nel chimismo del sangue devoluto all'aumentata combustione ed alla manchevole ossigenazione, e dall'altro all'azione tossica inerente ai materiali prodotti dai batterii che in taluni casi si suppone agiscano per l'assorbimento dell'ossigeno del sangue. Le dette influenze forse dovrebbero essere fino ad un certo punto della stessa natura, e quindi sommandosi riuscirebbero ad un effetto potente, ma anche essendo affatto diverse, verrebbero tuttavia a coadiuvarsi la prima per azione locale sull'utero e sul feto, la seconda operando sia direttamente che indirettamenie per azione sull'apparecchio nervoso.

Ho raccolto 37 casi di polmonite in donna gravida facendo lo spoglio delle cartelle cliniche di questo comparto partendo dal punto al quale il Coli (2) era arrivato (1883) ed aggiungendo due altre osservazioni che mi furono gentilmente comunicate dai primarii dott. Levis e dott. Rizzi — 30 di tali casi occorsero nell'ultimo trimestre della gestazione.

Tav. I. — **Polmonite nei primi sei mesi di gestazione** (Villa).

N. Osservaz.	Numero del Registro	Aborto	Esito	Complicazioni	DECORSO
1.	N. 34. Novemb. 1884	Sì II-III mese	Guarigione	Arresto residui ovulari	Abortisce in quinta giornata di polmonite destra ant. e post., la risoluzione inizia in ottava, essendo caduta la febbre dopo l'espulsione dell'uovo.

(1) Malvoz. « Sur la trasmission intreplacentaire des microgenismes. » *Ann. de l'institut Pasteur*, 1888, p. 126.

(2) *Rivista clinica di Bologna*, 1885. Coli. « La pneumonite cruposa nella donna gravida. »

N. Osservaz.	Numero del Registro	Aborto	Esito	Complicazioni	DECORSO
2.	N. 35. Dicemb. 1884	Partorisce dopo 1 mese di malattia al settimo mese	Miglioramento	—	Prostituta, alcoolista e già con manifestazioni sifilitiche. Ammalatasi in modo acuto da circa un mese, entra nel comparto all'inizio del travaglio: presenta vomica da ascesso polmonare. Il puerperio decorre normale: verificasi notevole miglioramento: passa in altra delle sale mediche. Sempre apiretica.
3.	N. 29. Giugno 1887	Sì secondo mese	Guarigione	—	Abortisce in quinta giornata; polmonite destra basilare, guarigione pronta. Era quasi apiretica.
4.	N. 31. Dicemb. 1887	Sì terzo mese	Idem	Arresto residui ovulari	Entra nella sala dopo 9 giorni di malattia: abortì 3 giorni prima dell'ingresso: polm. apice sinistro: apiressia in quarta giornata di degenza e risoluzione nella XVII di malattia.
5.	—	Sì II-III mese	Morte	—	In terza giornata di malattia abortisce, ed il giorno dopo si riscontra polmonite doppia, base destra ed apice sinistro: il processo si estende e la donna muore in settima giornata di malattia. Temperatura intorno a 39.
6.	N. 55. Aprile 1890	No terzo mese	Guarigione	—	In quinta giornata presenta pl. polmonite basilare destra, ipostasi basilare sinistra, temperature elevate: risoluzione per crisi in ottava giornata.
7.	Settembre 1890	Sì quinto mese	Idem	—	In terza giornata presenta esteso processo di polmonite destra ed il travaglio è iniziato. Il giorno successivo abortisce e di poi l'apiressia ed il principio della risoluzione appariscono nell'ottavo giorno dall'aborto. Guarigione pronta. Temperatura massima prima dell'aborto 39.

Tav. II. — Polmonite nell'ultimo trimestre di gravidanza.

Morte. (Villa).

N. Osservaz.	Numero del Registro	Parto	Esito	Complicazioni	DECORSO
1.	N. 62. Gennaio 1881	6 1/2 mese stesso giorno	Morte 36.° giorno	Sospetto di sepsi complicante	Iniziano i fenomeni morbosi e tosto si dichiara il travaglio: in settima giorn. si riscontra pl. polm. basilare sin., febbre elevata, depress. grandiss. All'11.° giorno escara al pudendo che si estende verso l'anca, la polm. si estende, si forma essudato pl., diarrea, decubiti gangren. Tempor. variante fra 37. 8 e 39. 9 a sbalzi.

N. Osservaz.	Numero del Registro	Parto	Esito	Complicazioni	DECORSO
2.	N. 72. Agosto 1883	Sett. mese quinta giorn.	Morte 23.° giorno	Essudato pleurico	Partorì in quinta giorn. ed al settimo giorno presenta pl. polm. estesa a tutto il costato sin. post. Si va all'epatizz. grigia mentre si forma notevole versamento pleurico. Febbre non elevata.
3.	N. 30. Giugno 1884	6 1[2 mese quarta giorn.	Morte 19.° giorno	—	Nel secondo giorno si riscontra polm. destra dalla spina della scapola alla base, edema alla base sin., al parto segue abbassamento della temper., la polm. entra in risoluz., e si ha diarrea. In XI giorn. febbre alta e fatti di sepsi nel campo genitale. Il giorno antecedente al parto massima temperatura 38. 7.
4.	N. 2. Febbraio 1885	Nono mese terza giorn.	Morte sesto giorno	—	In quarta giorn. trovasi polm. sinistra post. ed ascellare, l'ingorgo scema ma insorgono diarrea e cianosi, i polsi si fanno piccoli e la donna muore. Temperatura intorno a 39. 5.
5.	N. 3. Maggio 1885	A termine si compie in tre ore 2.ª giornata	Morte sesta giorn.	—	Nel terzo giorno di malattia presenta polm. doppia e febbre a 40 circa. Segue estensione del processo.
6.	N. 52. Maggio 1885	sesto-settimo mese terzo giorno	Morte 13.ª giornata	Setticemia temp. anche super. 40	Nel terzo giorno avviene il parto e nell' ottavo offre polmonite dalla spina della scapola alla base di sin. e scrosci pleurici sulla ascellare. Lochi fetidi, meteorismo, dolenti i quadranti infer., diarrea, decubiti, prostraz. grandissima. Feto vivo.
7.	N. 2. Dicembre 1885	Nono mese dopo travagl. di 2 ore 2.ª giornata	Morte 11.° giorno	—	Si presenta all'osserv. in sesta giorn., epatizz. dei lobi infer. e medio destro, il processo si estende e non tende a risolversi. Temp. da 38. 5 a 39. 5.
8.	N. 13. Febbraio 1887	Nono mese dopo 3 sett. circa	Morte 8 giorni dopo il parto	—	Ammalatasi in modo acuto tre settim. avanti, ha partorito da 4 giorni. Pl. polmonite alle regioni scapolari di destra: si verifica estensione del processo. Temperatura 39. 4 a 40. 1.
9.	N. 11. Aprile 1890	Settimo mese quinta giorn.	Morte 10.° giorno	Ittero ematuria	Nel quarto giorno di malattia notasi pl. polm. dei lobi inf. e medio di destra ed è grave assai per dispnee e polsi piccoli e frequentiss. Parto il giorno dopo. La polm. si estende, si va all' epatizzaz. grigia, ittero, ematuria. Feto vivo. Prima del parto temp. 39. 2 a 39. 7.
10.	Favoritami dal dott. Levis giugno 1890	Nono mese seconda giornata	Morte 10.° giorno	Meningite purulenta	Accolta nell'Ospedale in sesta giornata di malattia, presenta pl. polm. circoscritta alla base dest. Il giorno successivo febbre modica, a notte cefalea viva che si rende continua, la temp. si eleva, miosi, iniez. congiunt., sussulti, contratture e morte al decimo giorno di malattia. L'autopsia conferma, pl. polmon. circoscritta assai, epatizz. rossa, meningite cerebrale intercorrente.

Tav. III. — Polmonite nell'ultimo trimestre. Interruzione della gravidanza. *Guarigione.* (Villa).

N. Osservaz.	Numero del Registro	Parto	Mese di gravidanza	DECORSO
1.	N. 37. Febbraio 1885	Terzo giorno	Settimo	In seconda giornata polm. destra estesa. In ottava giornata inizia la risoluz. Deboli elevazioni termiche.
2.	N. 58. Febbraio 1885	Ottavo giorno	Settimo	Malata da 7 giorni offre polm. lobo infer. sinistro e polm. destra estesa. Caduta la febbre partorisce il giorno seguente. La risoluzione inizia 3 giorni dopo il parto, essendosi il processo esteso maggiormente a destra. Guarigione.
3.	N. 37. Settembre 1885	La malatt. comincia al sett. mese e volge allo stato cron. Parto al nono mese.	—	Il parto non esercita sensibile influenza sul processo polmonare.
4.	N. 14. Maggio 1886	24.° giorno	Settimo	Partorì 9 giorni or sono, e nella 24.a giornata di puerperio l'esteso processo di pl. polm. è avviato a risoluzione che si compie rapidamente.
5.	N. 45. Maggio 1887	Quarto giorno	Nono	Malata da 3 giorni, presenta polm. basilare sin., allo stadio d'epatizzazione. Parto rapido il giorno successivo, feto morto, secondamento naturale. Temperatura 39. 4 massima osservata. Due giorni dopo apiressia e raccolta pleurica discreta. Parte in nona giornata di puerperio.
6.	N. 11. Settembre 1887	Secondo giorno	Nono	Pl. polm. apice destro poster. Risoluzione completa in 15 giorni. Cade sotto l'osservaz. in quinta giorn. e fino alla settima presenta temp. 38. 5 a 40; indi crisi.
7.	N. 17. Settembre 1887	Terzo giorno	Ottavo	In seconda giorn. pl. polm. sinistra all'inizio. Parto il giorno dopo. Risoluz. lenta della polm., mentre la pleurite produce lentamente essudazione copiosa. Feto vivo, asfittico, muore dopo 2 ore.
8.	N. 4. Dicembre 1888	Quinto giorno	Ottavo	In terza giorn. polm. lobo super. e parte lobo medio destro, in quinta, parto rapido seguito da maggior estensione della malattia, ma la febbre cade presto e nel 16.° giorno la donna è convalescente.
9.	N. 53. Giugno 1889	15.° giorno	Ottavo	Entra a travaglio avanzato e presenta pl. polm. destra, segue tosto apiressia. Poca tendenza alla risoluzione e peggioramento, causa il preesistente processo di bronco-alveolite sinistra. Al momento del parto febbre elevata.
10.	N. 3. Ottobre 1889	Sesto giorno	Settimo	In quarta giornata è ortopnoica, iperpiretica ed offre pl. polmonite destra assai estesa. Crisi in nona giornata e guarigione rapida e completa.

N. Osservaz.	Numero del Registro	Parto	Mese di gravidanza	DECORSO
11.	N. 69. Gennaio 1890	16.° giorno	Ottavo	Dopo 8 giorni di malattia apiressia e principio di risoluzione di polm. destra circoscritta e sin. estesa. Dopo il parto di feto vivo si nota catarro bronchiale diffuso. Guarigione completa in 24 glorni.
12.	N. 23. Marzo 1890	Quarto giorno	Settimo	Malata da 7 giorni, ha polm. di tutto il lobo sup. destro. Risoluzione prontamente completa.
13.	N. 5. Maggio 1890	11.° giorno	Settimo	Polm. lobo super. e medio destro, febbre alta, avviata la risoluzione ed ottenuta da due giorni l'apiressia avviene il parto. Feto vivo.
14.	N. 12. Maggio 1890	Sesto giorno	Sett.-ottavo	In quinta giornata pl. polm. sin., si produce versamento pleurico e la donna si aggrava, manifestandosi altresì catarro bronchiale diffuso a destra. Nel 14.° giorno risoluzione della polmon. Prima del parto temp. massima 38. 8. Feto vivo.
15.	Favoritami dal dott. Rizzi	Terzo giorno	Settimo	In terza giorn. polm. destra estesissima e grande prostrazione con febbre elevatissima. Guarigione completa per lisi in 3 settim. Malaria complicante.

Tav. IV. — Polmonite nell'ultimo trimestre.

La gravidanza non fu interrotta. *Guarigione.* (Villa).

N. Osservaz.	Numero del Registro	Mese di gravidanza	Durata della malattia	DECORSO
1.	N. 53. Maggio 1884	Settimo	Guarigione in 18 giorni	Malata da 7 giorni, presenta polm. lobo super. sin. totale. La febbre è caduta. Risoluz. prontissima.
2.	N. 53. Agosto 1887	Settimo	Guarigione in 13 giorni	In sesta giornata si riscontra polm. apice destro, circoscritta in risoluzione, e l'esistenza di contrazioni uterine. Cure opportune allontanano la minaccia del parto, e la febbre cade il giorno dopo.
3.	N. 37. Giugno 1887	Sett.-ottavo	Guarigione in 12 giorni	Entra nel comparto dopo 8 giorni di malattia ed offre polm. lobo inf. sin., apiretica il giorno dopo.
4.	N. 8. Marzo 1890	Nono	Guarigione in 32 giorni circa	Ammalò circa 4 settimane or sono con febbre, dolore al costato destro, tosse, sputo sanguigno. Rilevasi polm. basilare destra ben avviata nella risoluzione.
5.	N. 6. Dicembre 1889	Settimo	Guarigione in 12 giorni	Nell'ottavo giorno si riconosce pl. polm. destra in risoluzione; il processo è circoscritto.

Poichè le osservazioni raccolte da Coli e quelle suesposte hanno in gran parte fonte comune, le riunisco nella speranza di poter ricavare così qualche deduzione meglio fondata; limitandomi onde non uscire dalla questione ai casi occorsi nell'ultimo trimestre di gravidanza.

OSSERVAZIONI RIPORTATE DA COLI.

I. — Polmonite nell'ultimo trimestre di gravidanza. *Morte.*

Osserv. 4. — Parto premat. al settimo giorno, aggravam. e diffus. del processo. Morte in 15.ª giornata.

Osserv. 7. — Parto prematuro al quinto giorno e morte al decimo.

Osserv. 9. — Parto in settima giornata, la polm. si diffonde all'altro polmone. Morte in 16.ª giornata.

Osserv. 10. — Parto prematuro seguito da un giorno di apiressia, indi aggravamento e morte dopo 12 giorni. Sospetto di sepsi complicante.

Osserv. 17. — Parto in quinta giorn., aggrav. da diffus. del processo, diarrea profusa. Morte 14.° giorno.

Osserv. 18. — Parto in 17.ª giornata. Aggravamento e morte al 21.° giorno. Albuminuria.

Osserv. 21. — Incompleta. Applicazione di forcipe allo stretto superiore. Emorragia copiosa dopo il secondamento. Aggravamento e morte.

Osserv. 24. — Incompleta. Morte della donna prima del parto che era stato provocato. Parto forzato. Temperatura massima 39.

II. — Interruzione della gravidanza. *Guarigione.*

Osserv. 3. — Parto prematuro al sesto giorno.

Osserv. 11. — All'ingresso nella sala si sospetta polm. all'inizio. Parto il giorno dopo. Si manifestano spiccati i sintomi di polmonite destra che migra poi a sinistra. Guarigione.

Osserv. 14. — Parto a termine in sesta giornata. Dopo 5 giorni adinamia e febbri elevate. Guarigione in 22.ª giornata.

Osserv. 15. — Complicazione di insufficenza mitrale. Emorragia prima del parto per distacco parziale di placenta. Dopo il parto miglioramento ed apiressia dopo 2 giorni.

Osserv. 20. — In quarta giornata provocazione del parto col metodo Krause e dopo 18 ore espulsione di feto morto. Miglioramento e risoluzione dopo il sesto giorno. Temp. mass. 40.

Osserv. 22. — Parto in seconda giorn. Maggior intensità dei sintomi polmon. cui segue però guarigione.

Osserv. 23. — Parto al sesto giorno. Durata della malattia un mese. Temperatura massima 40. 2.

Osserv. 25. — Donna rachitica. Si provoca il parto in causa della viziatura pelvica. Il feto morto al 17.° giorno presentava polmonite lobare doppia.

III. — La gravidanza non fu interrotta.

Osserv. 1. — Polmonite destra, la febbre cade al nono giorno.

Osserv. 2. — Polmonite sinistra, risoluzione nell'undecima giornata.

Osserv. 5. — Polmonite sinistra, durata della malattia 10 giorni.

Osserv. 6. — Polmonite destra, durata della malattia 12 giorni.

Osserv. 8. — Polmonite sinistra, durata della malattia 16 giorni.

Osserv. 12. — Polmonite sinistra, durata della malattia 24 giorni.

Osserv. 13. — Polmonite destra, durata della malattia 30 giorni.

Osserv. 16. — Polmonite destra, durata della malattia 18 giorni.

Osserv. 19. — Polmonite doppia, risoluzione iniziata al settimo giorno. Temp. 39, 40. 2.

Sono 55 osservazioni così distinte:

la gestazione continua 14 volte
" è interrotta { guarite 23
morte 18

L' osservazione 3, Tavola III, deve essere aggiunta ai casi della prima categoria perchè il parto avvenne quasi a termine e la malattia era insorta al 7.° mese onde abbiamo che 15 volte la polmonite nel periodo acuto non influenzò la gestazione.

Invece l'interruzione avvenne e fu seguita da morte come segue:

Parto dopo giorni di malattia

1	2	3	4	5	7	14	17	non indicati	parto forzato post mortem
1	3	2	1	4	2	1	1	2	1

Al parto segue morte dopo giorni

3	4	5	8	9	10	12	15	18	35	parto post mortem	non indicati
1	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1

Morte dopo malattia di giorni

6	10	11	13	14	15	16	19	21	23	28	36	non indicati
2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3

Nei casi di guarigione il parto avvenne dopo giorni di malattia

2	3	4	5	6	8	11	15	16	non indicati
2	3	3	2	6	1	1	1	1	3

Donde risulta pienamente l'asserzione di Müller che « il tempo nel quale si verifica il parto non ha alcuna influenza sull'andamento della malattia, » ed altresì che dall'espulsione del feto alla morte della madre passò sempre un intervallo tale da far escludere assolutamente bruschi accidenti cardiaco-polmonari.

Parmi interessante il ricercare se esiste notevole differenza nel decorso della malattia fra quelle donne che guarirono avendo partorito e le altre nelle quali l'utero non si scosse.

Per i casi appartenenti a questo gruppo trovo le annotazioni seguenti:

la febbre cade rispettivamente ai giorni 7.°, 7.°, 9.°, 9.°
la risoluz. inizia » » 7.°, 7.°, 11° } 14 casi
durata della malattia giorni 10, 12, 16, 18, 24, 30, 32
nel caso 3.° della III tavola passaggio allo stato cronico.

Riguardo alle pazienti che partorirono, Coli dice che in due casi al parto seguirono miglioramento rapido e guarigione e che in altri due

questa si ottenne in 22 e 30 giorni, ma per le rimanenti quattro osservazioni non fornisce alcun dato in proposito.

Più completo almeno su questo punto posso distribuire i miei 14 casi di questa categoria come segue:

La risoluzione inizia al giorno 7.° 8.° 11.° 14.°
" è ben avviata al giorno 24.°
" è completa al giorno 15.°, 16.°, 21.°, 24.°
" è lenta in due casi (6.°, 8.° complicanza di broncopolmonite dell'altro lato).
Apiressia al giorno 2.°, 9.°, 9.°.

(L'osservazione 3.ª trovò il suo posto più sopra).

Da un esame anche superficiale di questi dati, tenuto conto che uno fra i casi che presentò risoluzione lenta era complicato da broncopolmonite dell'altro lato, e un secondo caso occorse in soggetto malarico, risulta che in media il decorso della malattia non fu più lungo, che i sintomi di essa non furono maggiormente persistenti nelle donne che partorirono. Il che parmi possa ben stare quale *comprova della discutibile influenza del parto sull' andamento della polmonite,* tanto più se si pensa che individui gravissimi in 5.° 7.° giornata, guarirono nello stesso tempo di altri nei quali le manifestazioni morbose non furono imponenti.

Le osservazioni qui unite sono incomplete per riguardo alla sorte dei bambini onde non posso recare alcun contributo di casuistica. Piacemi invece l'esporre qualche considerazione sulle cause che uccidono il feto, perchè questo tema è quasi ancora nuovo se studiato dal punto di vista delle attuali cognizioni, e le idee esposte da Netter (1) e da Wallich non sono immuni da critiche e del resto non riguardano che parte della questione. Se il feto ha poche probabilità di vita, ciò dipende da parecchie circostanze: può morire nell'utero prima del parto, il quale in altri casi concorre a produrre la morte od anche ne è la sola causa (ipotesi da farsi raramente per le ragioni sopra esposte sul modo di decorrere del travaglio), o può nascer vivo e sano, oppure in condizioni tali da non sopravvivere. Queste diverse eventualità devono riconoscere la loro ori-

---

(1) NETTER. « Trasmission intra-utérine de la pneumonie et de l'inflection pneumonique chez l'homme et dans l'espèce animale. » *Soc. de Biologie,* 9 mars 1889.

gine da un doppio ordine di fatti e precisamente da quelli stessi ai quali vedemmo essere attribuibile l'interruzione della gravidanza. L'eccessivo carico del sangue in acido carbonico, considerato come devoluto a disturbi della ossigenazione fisiologica, non può essere il solo sconcerto imputabile, ma non deve neppure essere disconosciuto ed in ogni caso bisogna tenerne conto almeno come di circostanza coadiuvante un'altra potenza.

Mentre le osservazioni di polmonite durante la vita fetale rese note da Sigl, Stiphen ed Hirst (2), e quelle di Coli, Strachan, Marchand di polmonite insorta subito dopo la nascita dimostrarono la necessità di ammettere tale nuovo fattore e di ricercarne l'essenza, i casi più recenti di Thorner e sopratutto quello di Netter accertarono che anche nella specie umana accade quanto il Netter stesso, Foà e Bordone-Uffreduzzi ed Ortmann avevano rilevato avvenire nel coniglio, nella cavia, e nel sorcio.

Il bambino può nascere morto o già malato per polmonite, oppure solamente inoculato dal virus specifico, od infine venir al mondo perfettamente sano; e queste diverse condizioni dipendono dall'esser o no avvenuta l'infezione durante la vita endouterina, cioè nell'essere o no passato l'elemento infettivo dalla madre al feto ed altresì dal tempo più o meno lontano nel quale avvenne tale trasmissione, la quale segnalata primamente da Perroncito e da Straus e Chamberland per riguardo alla lissa venne poi riconosciuta esistere anche nel carbonchio, nel tifo, ecc. Ma il modo col quale avviene il passaggio del materiale virulento fu discusso assai ed a lungo e solo da poco tempo, grazie agli studii di Malvoz, Duclaux, Birch-Hirschfeld, venne riconosciuto applicabile alla placenta la legge che Wyssokowitsch aveva formulato per le *membrane dette filtranti* e cioè che il passaggio dei batterii dalla madre al feto si produce solo in causa di lesioni delle villosità della placenta. Ma poichè questa non è organo di predilezione per il fissarsi degli elementi stranieri (Malvoz, Jassinsky, Hoffmann, Ahlfeld, ecc.), così allorchè si verificherà la detta condizione indispensabile alla trasmissione, nella donna nel cui sangue i batterii sono rari, ben minima sarà la quantità del virus che verrà inoculata nel feto. Tuttavia tale debole innesto deve essere

---

(1) *Centralblatt für gynakologie,* 1888, N. 31. « Akute Pneumonie in utero. »

sufficiente perchè l'organismo fetale non può al certo classificarsi che fra quelli dotati di debole resistenza; e l'osservazione di Netter negativa riguardo alla placenta ed ai vasi da essa dipartentisi, ed ultra positiva per il bambino, ben potrebbe confermare questa supposizione, mentre poi devesi forse altresì tener conto anche del virus non figurato secreto dai batteri che viene trasmesso all'uovo.

Netter e Wallich partendo dal concetto che l'infezione pneumonica primitivamente localizzata possa eventualmente generalizzarsi, ammettono che solo in questo caso si compia la trasmissione dalla madre al feto. Ma in oggi tale idea va perdendo terreno di fronte all'opinione che la infezione generale esista in modo essenzialmente, esclusivamente primario, e che le manifestazioni localizzate siano solo l'espressione dell'inquinamento dell'organismo. Le malattie dovute al microbio di Fränkel e non localizzate al polmone formano precisamente un punto d'attacco della teoria professata da detti autori; ma sebbene nulla siavi ancora di assoluto, di sicuro, tuttavia pare che il voler in certo modo riconoscere la generalizzazione di una sepsi dalla quantità degli elementi patogeni e dalla loro diffusione non sia esatto, non sia sostenibile e che quindi debbasi ancor meglio accettare la squisita sensibilità fetale di fronte al virus pneumonico.

R. ISTITUTO OSTETRICO DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
diretto dal Prof. Cav. Dott. **Carlo Massarenti.**

UN NUOVO FORCIPE

Comunicazione preventiva del Dott. MUZIO PAZZI

Nel giorno 17 settembre p. p., presso il Laboratorio di Necroscopia dello Spedale S. Orsola in Bologna, ho presentato e sperimentato sul cadavere, un *forcipe nuovo,* di mia invenzione, costrutto dai *Fratelli Lollini,* che, per la sua semplicità e sicurezza d'azione, parmi debba ripromettersi un buon avvenire.

Il prof. C. Massarenti, direttore della Clinica ostetrica, il professor E. Pinzani, direttore dell'Ospedale Maternità ed Esposti, il dott. L. Bordè 1.º assistente di clinica, il dott. C. Ferraresi, 2.º assistente, il colonnello medico comm. Petronio Costetti, direttore dello Spedale Sant'Orsola, il signor Giuseppe Ballarini, deputato dello Spedale Sant'Orsola, ed il signor Imo Durelli, studente di 6.º anno, furono testimoni oculari degli esperimenti eseguiti.

Questi furono di due ordini:

1.º Applicazione del *nuovo forcipe* sopra un cadavere di feto nonimestre, attraverso un bacino di donna rivestito delle parti molli, dopo l'estrazione di tutti i visceri addominali, astrazione fatta della vescica urinaria e del retto.

2.º Applicazione del *nuovo forcipe* sopra un cadavere di feto nonimestre, attraverso ad un bacino artificialmente viziato, per mezzo di placche di zinco (Fabbri) applicate al promontorio del sacro, previo svuotamento dei visceri addominali, come sopra.

Entrambe le applicazioni furono eseguite con successo.

Il *nuovo forcipe* non ha nulla a che fare con quelli di Simpson,

Tarnier, Breus, ed Hubert, e con quello comunemente conosciuto per *forcipe classico*, sebbene raccolga di tutti questi forcipi i migliori vantaggi.

È un forcipe articolato, che per mezzo di due incastri può rendersi anche fisso o rigido.

Si applica come il forcipe classico, senonchè prima di esercitare la trazione bisogna ritirare gli incastri, lasciar libera l' articolazione delle cucchiaia ed usare l'istrumento come una leva di terzo genere.

Spingendo con una mano sulla articolazione dei manici, mentre con l'altra si fa punto d' appoggio alla estremità libera dei medesimi, si fa mettere in rapporto l'asse delle cucchiaia con l'asse dello stretto superiore; giacchè i morsi del forcipe applicati sulle ossa parietali della testa fetale, riescono direttamente opposti agli angoli dell' articolazione delle cucchiaia, abbraccianti l'apice del cono occipitale.

Applicando la forza traente sulla articolazione dei manici, quella si trasmette alla articolazione dei cucchiai e viene naturalmente e necessariamente ad esercitarsi nella direzione dell'asse dello stretto superiore, alla perfezione. Giunti a portare la testa fetale al fondo della escavazione, siccome qualunque forcipe, riesce ad estrarla con facilità, si fa trasformare il *forcipe articolato* in *forcipe fisso* o *rigido* (respingendo gli incastri) e si procede nell'atto operatorio secondo le note regole.

Il *nuovo forcipe*, così costrutto ed usato, diede ottimi risultati sul cadavere, ed il prof. cav. Carlo Massarenti ne farà, alla prima occasione, l'applicazione sul vivente nella Clinica ostetrica.

L'esperimento ha pure dimostrato che il *nuovo forcipe* è di pratica utilità sia nei restringimenti pelvici di primo grado, sia nelle pelvi normali; e che in questa ultima circostanza potrebbe usarsi ogni volta fosse del caso, senza nocumento della madre, più che non si faccia coi forcipi conosciuti. Ma per ora facciamo punto e risparmiamo l' illustrazione ed i confronti per tale istrumento fino dopo gli esperimenti sul vivo promessi dal Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Bologna.

Bologna, 24 settembre 1890.

Dott. M. Pazzi.

Contributo allo studio e alla pratica del massaggio dell'utero

PEL

Dott. GINO GELLI

Ex Assistente nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze.

In poco più di vent'anni di vita il massaggio uterino è stato già abbastanza studiato e trattato da insigni autori, perchè si possa pensare a dir cose nuove su questo tema. Ci possiamo render conto di ciò, dando un'occhiata agli appunti bibliografici messi in fondo. Però si vede come questa pratica non sia entrata come merita nell'uso della ginecologia in Italia, almeno giudicandolo dalle scarse e isolate comunicazioni su tale soggetto. Quindi credo esser cosa non affatto priva di interesse il pubblicare tre casi da me osservati e studiati, nei quali il beneficio del nuovo metodo di cura fu incontestabile, e che io mi proposi di ritrarre colla massima fedeltà, non guidato da preconcetti o da falso entusiasmo.

Il risultato è stato per me incoraggiante, quindi non mi sono arrestato, nè mi arresterò, quando si presenti l'occasione di studiare e di mettere in pratica un sistema di cura che, se per molti non non ha ancora dato tutto quello che poteva dare, è degno però della attenzione di chiunque presentemente si occupa di ginecologia.

Fino dal 1868, quando un empirico fortunato, Thure Brandt, incominciò a far conoscere il massaggio uterino, questo nuovo metodo si fece strada adagio adagio, incontrando i suoi caldi sostenitori e i suoi accaniti avversarii. I più notevoli fautori furono il Norström, l'Asp, Reeves Jackson, Von Preuschen, P. Profanter, il Vulliet, ecc., i quali fecero fare notevolissimi progressi al metodo, spogliandolo di molte cose irrazionali dalle quali il semplice empirismo non poteva andare scevro, e riducendolo a manovre semplici, guidate da concetti fisiologici ben definiti.

I detrattori rifiutarono il metodo, si può dire *a priori*, e come L. Petit, il Dujardin Bautmetz, si oppongono a questa applicazione del massaggio in nome della morale, perchè sostengono appartenere piuttosto al dominio dell'onanismo che a quello della terapeutica; inoltre lo ritengono pericoloso per le lesioni nuove o per la riacutizzazione delle antiche che si possono portare nella sfera genitale muliebre colle manovre necessarie.

Quantunque il metodo per opera del Norström sia ridotto semplicissimo, non si può negare che nella pratica offre delle serie difficoltà; ma esse non sono certamente quelle intravedute dai moralisti della ginecologia. In primo luogo esso esige per parte del medico una notevole forza fisica, esatte nozioni ginecologiche, esattezza nel tecnicismo, una moralità a tutta prova e una costanza non dubbia. Per parte della donna esige una sensibilità non morbosa e molta costanza. Le pazienti quando incominciano presto a sentire i benefici effetti del massaggio ben condotto, acquistano quella fiducia che le fa volentieri sottostare a manovre incomode, e che è necessario ripetere per tanto tempo.

Questo metodo non è dannoso: le malate saranno esposte ad accidenti gravi quando si affidi il massaggio dell'utero e del piccolo bacino a un masseur di professione, e non ad un ginecologo che, fatta una diagnosi anatomica precisa, sappia proporzionare le manovre al grado della lesione. Non è vero che il metodo, come si ritiene comunemente dai medici che non lo hanno provato, o lo hanno provato malamente, debba destare delle parametriti o perimetriti, o riaccenderne il processo dove fu altra volta. Perchè somma cura del masseur ginecologo deve essere di agire in un ambiente il più possibile asettico; il che si può raggiungere facendo fare costantemente alla donna, prima della seduta, una abbondante irrigazione vaginale antisettica, e ungendo le dita che debbono fissare l'utero dentro la vagina con unto asettico e antisettico. Inoltre nessuno ha pensato ancora a curare i residui di recenti parametriti col massaggio, aspettandosi sempre un tempo più o meno lungo, quando si possa supporre che la vitalità dei germi infeziosi sia neutralizzata o spenta. Il trauma poi, deve sempre mancare, perchè tutte le manovre debbono essere condotte non *cito et jucunde*, ma lentamente e sicuramente con forza progressiva, senza sbalzi, senza strizzoni smodati, senza spostamenti troppo bruschi dell'organo. La serietà del medico e la conoscenza esatta del tecnicismo, che non fa fare alla mano che introduce le dita in vagina, movimenti

inconsulti nè mal diretti, impedisce che le pazienti incomincino il percorso, o percorrano per intero la parabola del piacere. Basta un movimento qualunque un po' doloroso, un discorso serio, brusco, o la sospensione momentanea delle manovre, per interrompere le vibrazioni di una corda che deve tacere. Le donne morbosamente sensibili sono allora da lasciare ad altri metodi di cura. La difficoltà di affondare una mano attraverso le pareti addominali fino al piccolo bacino non è nella gran maggioranza dei casi insormontabile. Perchè basta un massaggio a frizioni e impostamento delle pareti addominali condotte per qualche giorno per renderle docili a ogni manovra.

Dopo il Norström che elevò a scienza l'empirismo del Thure Brandt e consacrò al metodo studii interessanti e ricchi di molto materiale clinico, Asp George in quattro anni di esperimento e di pratica si convinse che il metodo applicato giudiziosamente e con precauzione meritava moltissima considerazione.

Secondo la propria esperienza, Gonner in Germania ammise che la versione e la retoflessione guariscono col metodo Brandt; non guariscono i prolassi. Le donne deboli con muscoli flaccidi, paurose, nevrotiche, non debbono essere così curate. Quando gli spostamenti uterini sono una conseguenza di rottura del perineo, il metodo non ha alcuna azione.

Il dott. Boyadjean in Svizzera ha osservato nella clinica del prof. Vulliet venti casi di malattie ginecologiche curate col massaggio. Questo era praticato soltanto da ginecologi e nei casi più importanti lo stesso prof. Vulliet eseguiva il massaggio.

Secondo i risultati interessanti e gli insegnamenti del prof. Vuillet, il dott. Boyadjean veniva alle seguenti conclusioni che riporto testualmente:

1.° Il massaggio è una cura razionale ed efficace.

2.° Esso trova numerose applicazioni nelle malattie degli organi genitali della donna, specialmente nelle infiammazioni croniche, negli essudati, nelle raccolte incistate; nei casi di posizioni anormali, di discesa o di prolasso degli organi, nella cura delle aderenze, delle false membrane, e delle loro successioni.

3.° Come tutti i mezzi terapeutici ha le sue indicazioni e controindicazioni. In conseguenza è illogico tanto il considerarlo come una panacea, quanto il contestare i servigi che può rendere.

4.° L'uso del massaggio non esclude altri mezzi di cura; al con-

trario un giudizioso associamento di una cura chirurgica o medica al massaggio, dà spesso risultati superiori a quelli dati da uno dei mezzi usato solo.

5.° Il massaggio degli organi genitali deve essere usato da medici sperimentati in tutte le manovre ginecologiche.

Yachoutoff, Funke, Popoff e Seget in Russia studiarono la questione su 9 malate della clinica di Rein curate col metodo di Thure Brandt. Sopra a sei prolassi ebbero due guarigioni complete, una recidiva e una psicopatia erotica. In tre casi di essudati, i risultati furono migliori. In un caso di ematocele si ebbe la suppurazione. I surriferiti ginecologhi conclusero che il massaggio stanca il medico e le malate, può esser nocivo al sistema nervoso e non si può ancora affermare che guarisca il prolasso senza recidive. Il massaggio nella cura degli essudati abbrevia il corso. Non credettero di poter trarre delle conclusioni circa alla cura degli essudati intraperitoneali, perchè fino ad ora il sistema non è stato abbastanza sperimentato da poterne trarre delle conclusioni.

A migliori conclusioni venne E. Leblond il quale ebbe occasione di fare molte applicazioni di massaggio uterino con esito favorevole. Perciò egli conclude che tale pratica è utile nelle deviazioni uterine, con aderenze o senza, nelle endometriti catarrali, nelle dismenorree, nelle emorragie da atonia, nei dolori sacrali o ai lati del ventre, nei reliquati dei processi flogistici degli annessi.

Tanto il Leblond, quanto il Vulliet, giunsero a praticare il massaggio in donne gravide nei primi tre mesi, senza alcun inconveniente, con vantaggio evidentissimo, prendendo a indicazione, il primo, dei dolori intensi ai lati del ventre e la discesa dell'utero, il secondo un vomito incoercibile che finalmente cedette a questo mezzo. Il Leblond si accorda col Gaudin sulla utilità del massaggio uterino nei casi di turbe psichiche riflesse dalla sfera genitale.

L'Autore americano Koplik è un partigiano molto convinto dell'efficacia di questo metodo e cerca di darne le indicazioni precise enumerando tutte le controindicazioni e i danni a cui potrebbero dar luogo se non si osservassero.

Boldt, altro americano, studiò il metodo col Brandt stesso, e come lui, è partigiano di accompagnare il massaggio ginecologico col massaggio generale. Ammette col Brandt e con Oscar Vissen che sia utilissimo durante il periodo mestruale, e lo raccomanda specialmente per la

cura dell' incontinenza d'orina. Nelle vergini il massaggio si può fare per la via del retto.

Un largo contributo clinico allo studio della cura delle malattie sessuali femminili col metodo Thure Brandt fu dato recentemente da Leopold Fellner. Questi nella sua pratica non ebbe mai a lamentare alcun inconveniente e ottenne sempre o guarigioni complete o notevoli e costanti miglioramenti nelle retrodeviazioni con fissazioni anormali dell'utero, e complicazioni degli annessi e nei prolassi uterini.

Osservazione I.

Nell'anno 1888 fui chiamato d'urgenza ad assistere in città una tal Cesira Martini di anni 37, casalinga, colta da metrorragia grave. Questa donna infatti presentava dai genitali esterni uno scolo di sangue nerastro, fetidissimo, in abbondanza. All'esame digito-vaginale trovai una vagina amplissima che posteriormente formava un cul di sacco, ripieno di sangue in parte coagulato, in parte sciolto. Il collo uterino si presentava grosso, duro, un po' nodoso con orificio beante. Il corpo era pure grosso in latere-flessione sinistra; i fornici erano molto sensibili al tatto. Attraverso lo speculum il collo si presentava molto grosso e congesto, la vagina appariva fortemente arrossata. Per eliminare il sospetto che si trattasse di aborto o di ritensione di residui, con un piccolo cucchiaio del Simon esplorai la cavità facilmente accessibile; ma il risultato fu negativo. Praticai allora una lavanda intrauterina, molto prolungata, calda, disinfettante (Soluz. di sublimato corrosivo 1 0[00) e quindi un tamponamento classico. La sera il sangue di colore nerastro e fetido, passava ancora dai tamponi, perciò tolsi il cotone, lavai, feci un'iniezione intrauterina con soluzione normale di percloruro di ferro, e un nuovo tamponamento. In tal modo il sangue si arrestò. Dalla malata appresi che questa metrorragia durava a riprese da varii giorni, e infatti si vedevano i segni evidenti di un'anemia acuta.

Mi raccontava inoltre di aver fatto 10 parti, due dei quali abortivi. L'ultimo parto di un feto ottimestre era avvenuto 4 mesi avanti. Un anno avanti aveva partorito a termine, ma vi fu la ritenzione della placenta con notevole emorragia. Fu necessario l'intervento ostetrico, ma la donna dice che le manovre furono così lunghe e così brusche che stette poi molto tempo malata. Dice che si manifestò un prolasso dell'utero, e da uno specialista le fu consigliato e anche applicato un grosso pessario di gomma elastica a ciambella. Questo rimase dentro la vagina per varii mesi, e durante la gravidanza successiva fu tolto solamente

all' ottavo mese. Dopo qualche tempo dal parto fu rimesso e non era stato più tolto altro che all'insorgere della metrorragia per la quale ero stato chiamato.

Diceva che le mestruazioni fino a un anno prima erano state sempre regolari e che poi man mano si erano fatte sempre più abbondanti precedute e accompagnate da forti dolori. Poco dopo l'applicazione del pessario, non ostante frequenti abluzioni e iniezioni, si era determinato uno scolo purulento. Niente altro di notevole nell' anamnesi prossima e remota.

Quando fu cessato il sangue, consigliai all'ammalata una cura energica tonico-ricostituente, le irrigazioni vaginali calde prolungate con soluzioni boriche e proibii l'uso del pessario.

Tre mestruazioni successive si ripeterono nelle identiche condizioni. Dolori forti alla cintura pelvica irradiantisi lungo le coscie, specialmente a sinistra, scolo abbondantissimo di sangue nerastro fetido coagulato o filante; fenomeni imponenti di esaurimento nervoso della donna. Ogni volta per arrestare il sangue fu necessario ripetere e lavande intrauterine e iniezioni di soluzione normale di percloruro di ferro o di tintura di iodo e tamponamenti. Una volta praticai il *curettage* con esito soddisfacente.

Continuando la donna in queste condizioni, pensai esser necessaria qualche cura più radicale, quindi la consigliai a entrare, come fece, nell'Ospedale di Maternità.

Come risulta dalla cartella nosologica, all' esame fatto il 16 novembre 1888, la malata presentava i seguenti caratteri: genitali esterni di pluripara; vagina ampia; collo uterino grosso, duro, nodoso anteriormente; il corpo pure grosso in latero-flessione sinistra, con superficie irregolare; il corno sinistro posteriormente ispessito. Mediante lo speculum si vedeva il collo grosso, arrossato, granuleggiante; dall'orificio esterno gemeva muco-pus. L'isterometro dava ctm. 7 1[2 di lunghezza della cavità. Fu fatta diagnosi di metrite iperplastica con ipertrofia notevole del corpo in retro-flessione. Alla fine della visita fu praticata una iniezione intrauterina di tintura di iodo pura.

Il 20 novembre fu praticata la ignipuntura del collo e del corpo in parte, col termo-cauterio di Paquelin, facendo 6 punture profonde sul labbro anteriore e 6 sul posteriore. Dopo 6 giorni anticipando l'epoca mestruale la donna fu colta da metrorragia grave con perdita di sangue fetido. Questa fu frenata coi soliti mezzi.

Il 16 dicembre la donna partì dall'Ospedale per licenziamento come perfettamente guarita. La mestruazione successiva all' ignipuntura fu preceduta e accompagnata da dolori più miti, fu abbondante, ma non emorragica e in questo tempo l' ammalata ebbe agio di ricostituirsi un poco. Ma la seconda mestruazione ritornò come le precedenti. La donna

fortemente impressionata, preferiva sottoporsi a qualunque atto operativo anche il più grave, pur di non andare più soggetta a quelle gravi perdite. Si sarebbe sottoposta volentieri anche alla castrazione. Pregai l'amico dot. Martinetti a vedere con me quell'ammalata per decidere sul da farsi, ed egli fu di avviso di non pensare per ora a gravi operazioni, ma di praticare delle incisioni col metrotomo. Io mi servii di quello di Simpson e feci varie incisioni, quindi una lavanda intrauterina calda disinfettante e misi alcuni tamponi per sicurezza maggiore. L'effetto fu il migliore che si potesse sperare. Ma per un anno intero fu necessario ripetere la stessa funzione, perchè il flusso sanguigno non si modificava. Tentai varie volte un'aspettazione maggiore, facendo anche semplici lavande calde intrauterine, o scarificazioni, praticando talvolta il *curettage* della cavità; ma fu sempre necessario ricorrere all'isterotomo, per virtù del quale l'emorragia cessava infallibilmente. La donna chiedeva continuamente di essere operata di castrazione, ma da questa operazione, tratteneva me e gli altri colleghi che io aveva consultato la età della donna, verso i 40 anni, le condizioni generali di salute assai grame, e l'aver trovato un mezzo semplice per arrestare le metrorragie. Finalmente io proposi come ultimo tentativo il massaggio uterino, che incominciai nel marzo del corrente anno.

Le prime sedute furono difficoltose. Le pareti addominali si contraevano con facilità. Esisteva molta sensibilità nei fornici vaginali, attraverso ai quali si notava discreto essudato nei parametrii; l'utero aveva movimenti assai limitati. Dovetti incominciare a educare il ventre, che divenne docilissimo soltanto dopo molte sedute, e le manovre necessarie riuscirono molto facili.

La mestruazione dell'aprile, preceduta da poche sedute di massaggio, fu come tutte le altre. Nel maggio continuarono le sedute e la mestruazione fu abbondante, ma non fu necessario alcun intervento. Nel giugno la mestruazione si presentò menorragica, ma una sola lavanda intrauterina bastò a ricondurre le cose normalmente. Nel luglio la mestruazione fu scarsa e nell'agosto e nel settembre più ancora. Il cattivo odore del sangue si modificò immensamente; non vi fu alcuna perdita leucorroica, se non che una secrezione più abbondante di materia sebacea.

Alla visita di congedo l'utero completamente sbarazzato dagli essudati circostanti, si presentava mobilissimo, notevolmente rimpiccolito, a superficie un po' irregolare, in lieve latero versione sinistra e retoflessione. L'isterometro che a principio della cura misurava una cavità di 8 centimetri, ora dava una misura di ctm. 6 2[3.

La donna prima abitualmente e notevolmente stitica, ha riacquistato la regolarità della funzione dell'alvo. Le sedute di massaggio furono circa 60. Le condizioni generali di salute sono notevolmente migliorate non ostante la circostanza sfavorevole di una calda estate.

Osservazione II.

Il dì 8 febbraio del corrente anno, dall'amico e collega dott. O. Prosperi mi veniva ceduta una sua cliente, la sig. Emma O... d'anni 28, di Firenze. Con una lettera mi spiegava succintamente la malattia e ciò che era stato fatto fino allora. Da tale lettera e dalla narrazione della malata raccolsi quanto appresso.

Fino a 4 anni fa aveva goduto sempre buona salute. Mestruata a 13 anni regolarmente, le mestruazioni si erano mantenute normali per la qualità e per la durata, più o meno scarse, sempre con una anticipazione costante di 3 a 4 giorni, senza dolori di sorta. Il carattere della signora era stato sempre molto nervoso e molto apprensivo. Partorì 5 anni or sono, spontaneamente, a termine; rimasero i segni d'una lacerazione perineale di secondo grado.

La malattia incominciò a manifestarsi in un modo rapido, con forti dolori ora continui, ora intermittenti nella regione sopra-pubica e a tutta la cintura pelvica; più forti nella regione sacrale; si determinò una leucorrea abbondante continua; il nervosismo della signora si accentuò notevolmente. Il medico curante trovò sul collo uterino una estesa superficie di granulazione e incominciò e continuò la cura con cauterizzazioni periodiche ravvicinate col nitrato d'argento puro, coll'applicazione di tamponi glicerinati e con acido tannico; con qualche irrigazione vaginale. Tali cure durarono 9 mesi senza alcun sollievo della paziente. In questo tempo le mestruazioni divennero sempre più abbondanti colla anticipazione di un giorno di più, precedute, e accompagnate da forti dolori, con perdita di un sangue nero e denso, talvolta di odore ingratissimo.

Consultato il prof. Chiara, questi disse trattarsi di una metrite iperplastica, con un ingrossamento dell'ovaio destro. Paragonava l'utero in antiverso flessione, ad una grossa saponetta. Fu proposta ed accettata la ignipuntura del collo e del corpo e fu eseguita tosto, praticando 6 profonde punture col termocauterio di Paquelin. La ignipuntura non ebbe conseguenza spiacevole alcuna, ma la malata di proprio capriccio stette in letto 6 mesi interi, perchè diceva provare dei dolori uterini fortissimi, più probabilmente la ragione stava in un grado notevole di neuroastenia. Pertanto non cessò la leucorrea. Alzata continuò a provare i soliti disturbi, anche in grado maggiore. Consultato il dott. Fasola, nella assenza del prof. Chiara, consigliò una seconda ignipuntura. Fu eseguita con 8 profonde punture, alcune delle quali ripetute. L'ammalata incominciò ad alzarsi dopo 5 giorni. L'utero subì una notevole diminuzione, e la leucorrea si limitò moltissimo. Persistevano i disturbi dolorifici.

Le mestruazioni non si modificarono mai, altro che nel senso di un aumento di flusso. Dopo 5 o 6 mesi ricomparvero granulazioni attorno l'orificio uterino esterno, ma furono presto distrutte coll'acido nitrico e col nitrato d'argento puro. Per 6 mesi, tra primavera e estate, la sig. O. stette abbastanza bene. Però tra l'autunno e l'inverno i dolori ricomparvero più forti. Il sangue mestruale si fece più abbondante, e l'abbondanza del flusso, mentre prima durava 1 giorno, era portata a 2 e poi a 3, con espulsione di grumi più e meno grossi. La durata non oltrepassava i 6 giorni. A quanto riferisce l'ammalata, il dott. Fasola in una visita fatta quest'inverno, trovò l'utero molto ingrossato e oltre la metrite iperplastica, giudicò esservi anche una endometrite granulosa. Consigliò delle medicature endouterine, specialmente 7 o 8 giorni prima la mestruazione, con tintura d'iodo normale. Fu tosto praticata una di tali iniezioni intrauterine, ma questa volta la mestruazione anticipò di 12 giorni, con grande abbondanza di flusso sanguigno. Furono fatte altre due iniezioni intrauterine con tintura d'iodo puro e una di soluzione normale percloruro di ferro; di più applicazioni fredde sul ventre, irrigazioni vaginali calde e due tamponamenti. Il flusso si arrestò soltanto dopo 14 giorni, dopo l'ultima medicatura intrauterina.

L'ammalata debole, stanca, in preda ad un notevole esaurimento nervoso e ad una pronunziata emofobia, non trovava nè la forza nè il coraggio di levarsi dal letto. In queste condizioni la trovai nel febbraio del corrente anno quando fui chiamato per visitarla la prima volta. Era notevolmente dimagrata: le funzioni gastro-intestinali si compievano male. I dolori alla cintura pelvica e al pube non erano continui, ma forti. L'utero era grosso, irregolare sulla sua superficie, in antiversione marcata e lateroversione destra. Collo grosso, congesto con granulazioni grosse intorno l'orificio esterno. L'isterometro misurava 8 1[2 ctm. Ordinai all'ammalata di lasciare il letto, tutti i giorni stando alzata un poco di più; prescrissi una cura tonica ricostituente, e come cura locale irrigazioni vaginali tepide prolungate, dicendo di attendere la mestruazione susseguente per decidermi ad una qualche cura locale. In pochi giorni l'ammalata si rimise un po' in forza; con un ritardo di 12 giorni, il 2 marzo ricomparve la mestruazione; dapprima normale, al secondo giorno menorragica. Praticai allora il raschiamento della cavità uterina, estraendo frammenti di muccosa molto ispessita, che avevano apparenza quasi di tessuti fungosi, e feci una iniezione intrauterina di tintura d'iodo pura. Il giorno dopo il flusso fu moderato, al quarto giorno ritornò copiosissimo; perciò praticai una iniezione intrauterina di percloruro di ferro e il tamponamento. Dopo queste manovre, il flusso divenne scarsissimo; però continuando ancora, il giorno 10 praticai una ultima iniezione di tintura d'iodo.

La signora presto incominciò ad alzarsi. Continuando i disturbi, e

nella previsione che le metrorragie si ripetessero, cosa che impressionava enormemente l'ammalata, io proposi la cura del massaggio uterino. Questa fu accettata volontieri, e il dì 21 marzo incominciarono le sedute. Dapprima brevi e con manovre leggiere per la sensibilità esagerata nella sfera genitale, andai progredendo per la durata e per la forza. Ma non potei fare la prima volta che 8 sedute di seguito per la dolorabilità e poi per il soppraggiungere della mestruazione ai 6 di aprile. Questa al 2.° e 3.° giorno divenne menorragica, con sangue nero e denso. Perciò pensai questa volta di ricorrere alla isterotomia coll'isterotomo di Simpson, alla lavanda intrauterina e al tamponamento.

La metrorragia cessò e cessò ben presto la mestruazione. Perciò ripresi le sedute del massaggio. Ne praticai una ventina prima della mestruazione successiva. Questa fu molto scarsa, della durata di 5 giorni, e senza alcun inconveniente. I dolori si modificarono notevolmente. Ripresi poi il massaggio e contemporaneamente per migliorare le condizioni generali grame della ammalata, incominciai le iniezioni intramuscolari di citrato di ferro ammoniacale. La mestruazione del giugno fu più scarsa che mai, della durata di 8 giorni e la signora O... era migliorata moltissimo. Nel luglio cessai le sedute del massaggio, dopo averne fatte una cinquantina. Vi fu un notevolissimo benessere. Alla visita di congedo, l'utero sempre un po' grosso di volume, a superficie irregolare, di lieve antiversione, dava però una misura di 6 cent. all'isterometro. Nessuna secrezione, sempre un po' di sensibilità nella sfera genitale. La mestruazione dell'agosto fu pure scarsa.

In questi ultimi tempi, senza che le condizioni locali dell'utero si sieno modificate, la signora O.... fu ripresa un poco dalla neuroastenia, ma in un grado poco importante. Sebbene neuroastenica, la signora O..... riconosce il vantaggio notevolissimo acquistato dal massaggio uterino potendo camminare senza provare dolori di sorta, nè avendo più subito mestruazioni menorragiche.

Osservazione III.

Marl... Maria, di 34 anni, di Rifredi, maritata, attendente alla casa, entrò nell'ospedale di maternità il 25 aprile del 1889.

Raccontava che mestruata scarsamente a 13 anni, ebbe sempre scarse tutte le mestruazioni susseguenti, però furono regolari e per periodo di ritorno e per durata. Ebbe tre gravidanze condotte a termine, con parti naturali, l'ultimo dei quali fu nel 1882. Le malattie pregresse erano state di nessuna importanza, come rosolia, qualche febbre della durata di qualche giorno, un catarro bronchiale.

Il 23 di febbraio del 1889 dopo un accoppiamento col marito, per-

dette dai genitali un poco di sangue. Nel giorno seguente fu presa da dolori piuttosto forti ai lombi e al basso ventre, che continuarono sempre ora più ora meno. La mestruazione sopraggiunta il 18 del mese di marzo, portò una esacerbazione dei dolori, e fu seguita da continua leucorrea, piuttosto abbondante. La mestruazione dell'aprile fu più copiosa e dolorosa del solito, seguita poi da leucorrea abbondante e dei medesimi forti dolori più che altro in corrispondenza del pube. Per questi disturbi pensò di venirsi a curare nell'ospedale.

All'esame ginecologico la donna presentava genitali esterni di multipara; vagina liscia non molto ampia, collo uterino ingrossato, duro; punto nevralgico del Malgaigne molto dolente, fornici liberi, un po' sensibili; corpo normale in antiverso-flessione.

All'esame collo speculum si vedeva il collo grosso e congesto, con granulazioni ed abrasioni molto estese; leggiere erosioni della mucosa cervicale. Dall'orificio del muso di tinca gemeva materia densa e filante.

La diagnosi istituita fu di metrite cervicale granulosa, con endometrite catarrale e antiversione.

Questa donna per circa un mese fu curata con causticazioni col lapis infernale e con scarificazioni multiple sul collo uterino; con irrigazioni vaginali calde disinfettanti giornaliere e con una cura tonica-ricostituente. Il 20 maggio fu licenziata in stato soddisfacente.

Dopo 4 mesi, la Marl... tornò alle mie consultazioni private, perchè le erano ricomparsi i dolori, la leucorrea e le mestruazioni abbondanti e dolorose. Di più si era aggiunto uno stimolo continuo a orinare, cosa che in alcuni giorni diventava tormentosa. All'esame ritrovai presso a poco le cose nello *statu quo ante,* di quando la malata si trovava all'ospedale. Di più il corpo uterino era in aumento e la flessione si era poi pronunziata, tanto da impedire il passaggio della sonda.

Adottai lo stesso sistema di cura, cioè causticazioni con nitrato d'argento, scarificazioni, irrigazioni prolungate calde, disinfettanti o astringenti; preparati ferruginosi ed amari per bocca; qnalche medicamento interno per combattere la stitichezza ostinata. In questo modo si otteneva un miglioramento, ma quando si veniva ad interrompere ogni cura, i disturbi si pronunziavano con intensità ancora maggiore.

Seguendo cure più o meno assidue, con risultati più o meno soddisfacenti, si giunse al febbraio di quest'anno, in cui la donna si fece rivedere dopo un'assenza di due mesi. Al solito leucorrea, dolore, stimolo a orinare, utero grosso, congesto, con granulazioni estese sul collo. Mestruazioni pregresse dolorose molto. Suggerii allora come cura il massaggio, che fu accettato volentieri dalla donna, non ostante che il suo domicilio lontano le rendesse dispendioso e malagevole il venire tutti i giorni da me.

Anche in questa malata fu necessario usare molta delicatezza nel-

l'eseguire le prime manualità per la sensibilità esagerata e delle pareti addominali e dei genitali. Mi accorsi poi anche che in questa donna con facilità si destavano delle sensazioni erotiche, perciò io misi uno studio continuo nell'interromperle, ora provocando bruscamente un po' di dolore sulle pareti addominali o nei fornici vaginali, ora distraendola con discorsi serii o tristi; talvolta interrompendo la seduta con qualche scusa, per riprenderla un poco più tardi. Nè mai feci vista di accorgermi di tali sensazioni. In questo modo io potei compiere tutta la cura del massaggio, 45 sedute, senza che io mi fossi mai accorto che la donna avesse percorsa la parabola del piacere provocato dalle mie manovre.

Uno dei primi fenomeni a sparire in seguito al massaggio, fu il continuo stimolo a orinare. Poi adagio, adagio scomparvero i dolori, poi la leucorrea. L'utero acquistò una mobilità maggiore, e si corresse notevolmente la versione e la flessione, tanto che fu cosa facile praticare l'isterometria, che alla visita di congedo dava una misura della cavità di cm. 6,5 vale a dire 1 cm. di differenza dal principio della cura. La prima mestruazione durante il massaggio, cioè dopo 15 sedute, fu meno dolorosa, ma abbondante. La susseguente fu punto dolorosa e scarsa; la terza senza incomodo alcuno, fu scarsissima. Però dopo alcuni giorni di pausa, senza alcun sintomo doloroso, ma con gran paura della donna ricomparve per un giorno un poco di sangue tanto da far pensare ad una nuova mestruazione. Tutto ritornò normale e dopo 4 mesi dalla cura ho riveduta la Marl... che mi ha assicurato di star bene, di non aver provato più alcun disturbo e di avere avuto le mestruazioni regolari.

Questi sono i risultati assai soddisfacenti del momento. La domanda che vien fatta naturalmente è: Questi effetti saranno costanti? Si avranno facilmente delle recidive? Il tempo risponderà, e anche qui bisogna convenire col famoso detto

Ars longa, experientia fallax, judicium difficile.

APPUNTI BIBLIOGRAFICI.

Asp George. — « Om Lifmodermassage. » *Nord. Med. Arkiv.*, Bd. X, N. 22, 1878.

Jackson Reeves. — « Uterine massage as a mean of treating certain forms of enlargement of the womb. » *Gynecolog. transact.*, Vol. V.

Resch. — *Centralblatt für Gynäkologie*, 1887, N. 37.

Von Preuschen. — « Die Heilung des Vorfalles der Gebärmutter dureh Gymnastik der Beckenmuskulatur und methodische Uterushebung. » *Centr. f. Gynäk.*, 1888, N. 13.

Prochownick. — « Zur Behandlung alter Beckenexudaten. » *Deutsche med. Wochenschrift*, 32, 33.

Profanter. — « Die Massage in der Gynäkologie. » Wien, 1887.

Ott. — « Massaj i gimnastika kak lietchebnyi sposob pri boliezniak jenskoi polovoi sphery. » Vratch, 1889, N. 6.

Courty. — « Traité clinique des maladies de l'utérus. » 3.e éd., t. I.

Sielski. — « Das Wesentliche in der Thure Brandtschen Behandlungsmethode des Uterusprolapsus; Modifikation der Methode. » *Centralblatt f. Gynäkologie*, 26 gennaio 1876, N. 4.

Norström G. — « Le massage de l'utérus. » Paris, Lecrosnier et Babé éditeurs, 1889.

Gonner. — *Centralblatt für Gynäkologie*, N. 43, 1889.

Vulliet. — « Vingt cas d'affections gynécologiques traitées par le massage. » Genève, Rivira et Dubois, 1889.

Koplik. — « Massage dans les affections de l' utérus et des annexes. » *Am. J. of. Obst.*, févr. 1889.

Boldt. — « Du massage en gynécologie. » *Ibid.*, juin 1889.

Vulliet et Lutaud. — « Leçons de gynécologie opératoire. » Paris, A. Malorin éditeur, 1890.

Fellner Leopold. — « Klinische Beiträge zur Thure Brandt'schen Behandlung den Weiblichen Sexalorgane. » 1890.

Leblond E. — « Note sur quelques affections utérines traitées par le massage. » *Revue des maladies des femmes,* N. 1, 1890.

Jachoutoff. — « Massage en gynécologie: sa valeur thérapeutique. » *Bulletin de la Soc. obst. gynec. de Kijeff,* 1890.

Berry Hart and A. H. Freeland Barbour. — « Manual of Gynecology. » Fourth Edition. London, 1890.

Robert Ziegenspeck. — *Sammlung Klinischer Vorträge,* N. 253-54.

Arendt. — « Méthode de Thure-Brandt. » *Berl. Klin. Woch.*, 1890-13.

BIBLIOGRAFIA

MARCEL BAUDOUIN. — **Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus.** — Paris, Lecrosnier et Babè, éditeurs, 1890.

Il titolo del lavoro indica chiaramente quale sia l'intendimento dell'autore, studiare i risultati ottenuti nelle retrodeviazioni dell'utero mediante la sua fissazione con procedimenti chirurgici che egli compendia colla espressione *operazioni soprapubiche*. L'isteropexi da lui chiamata opportunamente *addominale anteriore* per precisare meglio anatomicamente il processo operatorio vi è studiata in modo principale, e con essa sono messi a confronto gli altri *processi soprapubici*. Il campo è incredibilmente esteso e l'autore con vastissima dottrina li studia storicamente, chirurgicamente e clinicamente, ed io non so indicare altro lavoro in cui siasi fatto uno studio più completo dell'argomento.

Tutti i ginecologi lo potranno consultare con profitto, ed anche i più eruditi vi troveranno forse qualche cosa che non era a loro notizia o troveranno modo di completare le loro conoscenze in questo campo quasi inesplorato pochi anni or sono e che ora è ricercato, frugato e spigolato in ogni dove, cosichè la semplice lettura dei processi operatori enumerati dal lavoro di Baudouin potrebbe servire ad infrenare anche la più vivace fantasia chirurgica. Anche i procedimenti escogitati da Italiani vi sono esaminati e discussi.

Io non seguirò l'autore nè nella larga ed estesa ricerca storica, nè nella minuta disamina critica dei diversi processi operatori, voglio solo chiudere questi appunti bibliografici con una osservazione, direi quasi per fatto personale. L'Audry riportando recentemente in un suo lavoro pubblicato nel *Progrès Médical*, con parole per me estremamente lusinghiere, i casi da me operati di isteropexi intraperitoneale (metodo Caneva-Crespi), di cui uno era stato da lui stesso presenziato, ed il Baudouin accennando a tali casi in una nota, potrebbero farmi credere partigiano di tale procedimento. Debbo dichiarare francamente che, dopo averlo esperito, non lo sono. Mentre trovo lodevole tutto il resto della tecnica operatoria, non comprendo perchè il chirurgo si debba arrestare dinanzi al peritoneo, quasi facendo risorgere il *noli me tangere* dell'era preantisettica. Anche a mio avviso, l'incisione del peritoneo, da una parte non aumenta i pericoli, e dall'altra non lascia adito ad incertezze e a trepidanze, dando al chirurgo l'assoluta sicurezza di quello che fa.

MANGIAGALLI.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XII. Novembre 1890. Num. 11.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO
diretta dal Prof. Comm. Edoardo Porro

SULLA CASTRAZIONE
in casi di osteomalacia puerperale e non puerperale

PEL
Dott. ETTORE TRUZZI
Docente libero in Ostetricia
Primo Assistente presso la R. Scuola Pareggiata di Ostetricia in Milano.

Alla importante questione, messa in campo da Fehling e studiata fino ad ora, si può dire, dai soli tedeschi — se la osteomalacia sia guaribile per la castrazione — io ebbi opportunità nello scorso agosto di apportare un contributo con materiale clinico italiano, in occasione del X Congresso internazionale di Berlino.

L'interesse della mia comunicazione risiedeva specialmente nell'indole di uno dei due casi di osteomalacia da me operati per castrazione e brevemente illustrati al Congresso. Fino ad ora infatti la castrazione era stata proposta ed eseguita in soli casi di osteomalacia puerperale; invece il citato mio caso riguardava una *nullipara*, affetta da una rara varietà dell'osteomalacia così detta *non puerperale;* dalla castrazione si era ottenuto un notevole miglioramento nello stato della donna; e l'osservazione clinica veniva quindi non solo a dare un valido appoggio alla proposta Fehling, ma contribuiva altresì a dimostrare, come la rimozione delle ghiandole sessuali potesse avere un campo d'azione un po' più esteso di quello, che fin qui era stato designato dallo stesso Fehling e dagli altri clinici, che ne avevano accettato le proposte.

A dir vero un tale interesse può sembrare a prima giunta assai limitato, quando si voglia unicamente tener conto della estrema rarità

di quei casi, in cui l'osteomalacia insorge in donna nullipara, di quei casi cioè, in cui la malattia è affatto estranea alla comune eziologia delle gravidanze e degli allattamenti, mentre trae origine da un profondo decadimento nella nutrizione generale e da quella somma di fattori, che producono la cosidetta *miseria fisiologica.* L'importanza però della mia osservazione clinica appare evidente, quando si consideri che la medesima, appunto per l'indole sua eccezionale, può anche contribuire a gettar luce sul difficile problema del perchè la rimozione delle ovaie influisca favorevolmente sul decorso dell'osteomalacia, e può sempre rappresentare un materiale utile, perchè si riesca un giorno a chiarire l'oscura genesi del processo osteomalacico.

Per tali ragioni mi parve giustificato dare alle mie due storie cliniche ed alle considerazioni, che le stesse possono suggerire, uno svolgimento un po' maggiore di quanto mi sia stato possibile al Congresso di Berlino, dove per il grande numero di comunicazioni, che dovevano essere svolte in pochi giorni, non erano concessi nella Sezione Ginecologica che 10 minuti per ogni relatore.

In oggi, in cui già da più parti si è alzata una voce di protesta contro l'abuso della castrazione, sento obbligo, avanti di passare alla narrazione delle mie due storie cliniche, di scagionarmi dall'accusa di avere con leggerezza allargata la sfera delle indicazioni della castrazione per un caso, in cui la malattia non offriva alcuna evidente relazione colle condizioni dell'apparato sessuale muliebre. Le ragioni che mi mossero a tentare nell'accennato caso l'*extrema ratio* dell'intervento chirurgico, furono le seguenti:

1.° Il caso apparteneva ad una delle varietà di osteomalacia non puerperale assai affine a quella puerperale, non già ad una delle varietà affatto disparate, come sono *la sifilitica, la infantile, la senile, quella degli alienati, ecc.* Era quindi lecito sperare buon risultato per opera di quella stessa terapia chirurgica dimostrata già favorevole in casi di osteomalacia puerperale.

2.° È noto come, cogli ordinari mezzi curativi, la prognosi dell'osteomalacia non puerperale sia ritenuta come decisamente sfavorevole, in ogni modo assai peggiore di quella per l'osteomalacia puerperale; era quindi meglio giustificato il tentativo di un nuovo mezzo di cura.

3.° Erano state ad ogni modo, nel mio caso speciale, già esaurite senza alcun vantaggio quasi tutte le comuni risorse della terapia medica e la malattia aveva già assunto un carattere fatalmente progressivo.

4.° Il concetto di indurre una *menopausa artificiale* in una donna che versava in istato di profonda emaciazione e malgrado questo continuava ad avere mestruazioni normali e quindi una periodica causa d'indebolimento, mi pareva razionale, almeno nel senso di svincolare la paziente da un tributo mensile, che all'organismo suo affralito poteva considerarsi come eccessivamente gravoso e deleterio. In appoggio a tale idea non ho che a ricordare la proposta sostenuta da Loewenthal e Kugelmann, in occasione della 58.ª riunione dei naturalisti e medici tedeschi a Strasburgo, di provocare cioè la menopausa artificiale in donne cloroanemiche, nervose, isteriche con disturbi aggravati da ogni periodo mestruale, a mezzo di iniezioni vaginali o molto fredde o calde a 50.°, oppure coll' impiego della *Hydrastis canadensis,* e con ripetute applicazioni di tintura di iodio nella cavità uterina.

Ecco ora nei loro più interessanti particolari i due casi di castrazione per osteomalacia. A chi mi volesse muovere il rimprovero, in apparenza giustissimo, di voler pubblicare i medesimi senza attendere i risultati *remoti* dell'atto operativo, debbo far osservare, che noi possediamo già parecchie altre analoghe storie cliniche, che ci assicurano che il buon esito della castrazione contro l' osteomalacia è durevole e sicuro; mi basti citare il caso di una delle operate di Winckel, la quale è così bene guarita, che ora funge da infermiera nell'Istituto ginecologico di Monaco. Aggiungerò ancora che nei miei due casi il pronto stabilirsi delle operate di un miglioramento, che tutto fa credere persistente, è stato favorito dalla circostanza, che la mestruazione in seguito alla castrazione si è sospesa completamente.

Caso I. — *Secondipara affetta da osteomalacia puerperale a decorso progressivo. — Parto precoce artificiale; più tardi (19 maggio 1890) castrazione. — Miglioramento assai notevole dell'operata.*

G. Modesta, d'anni 26, cucitrice, nata a Campo Rinaldo (provincia di Pavia), domiciliata in Milano. Nessun precedente gentilizio. Fu sempre un po' cagionevole in salute, facile ai disturbi della funzione digerente; ricorda anzi che all'età di 8 anni una malattia di tal genere, battezzata col nome volgare di *gastrica,* l'obbligò a letto per parecchi giorni. Non fu mestruata che all'età di 18 anni: da quell'epoca, salvo i periodi di amenorrea fisiologica per gravidanza od allattamento, il catamenio fu sempre regolare per comparsa e durata, talora un po' doloroso. Andò a

marito all'età di 21 anni: e da quel tempo visse in una camera a pian terreno, umida e buia. Per la condizione sua sociale e sopratutto per le malevolenze della suocera, la povera donna attraversò una vita di privazioni e di patimenti tanto fisici che morali.

Già nel corso della prima sua gravidanza provò dolori, non intensi ma insistenti, alle ossa pelviche, alla colonna lombare ed agli arti inferiori. Ciò malgrado, il parto fu spontaneo, a termine, e soltanto un po' laborioso; il feto nacque vivo, sano, e fu allattato dalla madre per quasi undici mesi. Al non tardo sopraggiungere di una nuova gravidanza, i dolori ossei, che nel frattempo non erano del tutto scomparsi, si fecero fino dai primi mesi assai più penosi, insistenti e guadagnarono terreno, essendosi estesi a quasi tutta la colonna vertebrale ed alle ultime coste. La stazione eretta, la deambulazione si resero ben presto assai dolorose e difficili; sicchè la donna dovette rinunciare quasi interamente ad attendere alle proprie bisogne domestiche.

La donna, molto intelligente, ci assicura che nella seconda metà della gravidanza ebbe a notare diminuzione di statura, come le venne provato dalla insolita lunghezza delle proprie vesti.

Per tali sofferenze venne accompagnata dalla propria levatrice all'Ambulatorio della Maternità di Milano, e dopo pochi giorni (il 25 febbraio 1890) dietro i consigli avuti, cercava ricovero nel suddetto Istituto, dove veniva inscritta col N. 92. La gravidanza toccava allora all'incirca la seconda decade del settimo mese, essendosi l'ultima mestruazione verificata il 2 agosto e la prima percezione subbiettiva dei moti attivi fetali essendo stata avvertita dalla gestante nel mese di dicembre.

La diagnosi di osteomalacia per le fasi abbastanza inoltrate del processo morboso non offriva certamente alcuna delle difficoltà che si incontrano quando la malattia è al suo esordire. Nel quadro dei sintomi l'elemento dolore era il predominante: nel mentre infatti erano relativamente liberi ed indolori i movimenti della testa sul tronco, nonchè la pressione anche intensa sulle ossa craniche, era invece squisita la dolorabilità delle ossa in tutti i movimenti attivi e passivi degli arti superiori ed inferiori; riesciva poi più specialmente dolorosa la pressione anche modica sopra le ossa innominate, sopra la parete latero-inferiore del torace ed in corrispondenza alle apofisi trasverse delle ultime vertebre dorsali e di tutte le lombari. Però anche l'elemento deformazione, massime alle ossa pelviche, non mancava di note caratteristiche: ed invero se al torace non era apprezzabile che un lieve appianamento delle regioni sue laterali, senza però segni di infrazione e di grave deviazione delle coste, — se le deturpazioni della colonna vertebrale si riducevano ad un certo grado di accasciamento dei corpi delle vertebre, quale poteva desumersi più che tutto dalla notevole diminuzione di statura della paziente, — al bacino invece la brusca inflessione delle ali

iliache, un abbozzo di rostro pubico, il notevole avvicinamento delle tuberosità ischiatiche, l'incurvamento del sacro secondo il suo asse longitudinale, nonchè le cifre pelvimetriche, di cui qui riporto le principali, deponevano con tutta sicurezza per la diagnosi di osteomalacia.

Distanza spine	23. 5
» creste	30. 5
» trocanteri	30
C. E.	18
D. bisischiatico	6
» cocci sottopubico	8.

Nel riscontro vaginale, la pressione anche modica del dito esploratore contro le pareti ossee, riusciva dolorosissima, massime in corrispondenza alle superfici cotiloidee ed alla faccia anteriore del sacro.

Il promontorio era facile a raggiungersi; ma ciò non permetteva coll'ordinario metodo una pratica valutazione della coniugata diagonale ed ostetrica per l' ovvia ragione dell' anormale sporgenza in avanti della sinfisi del pube; tenuto conto di questa circostanza, la coniugata ostetrica potevasi calcolare a circa 75-80 mm. Per il reciproco lieve avvicinamento del promontorio e delle pareti cotiloidee l'ingresso del bacino ricordava, però non molto spiccatamente, la forma a tricorno. Gli arti inferiori, molto assottigliati, non offrivano particolari deviazioni. Lo stato generale di nutrizione era molto scaduto; in particolar modo le masse muscolari presentavano agli arti un notevolissimo grado di ipotrofia.

Nella Maternità venne istituita una cura ricostituente a mezzo di una alimentazione riparatrice, avvalorata dall' uso di preparati di calce e di ferro. Dopo oltre un mese e mezzo di cura la paziente non presentava il menomo miglioramento: l'incesso facevasi sempre più penoso, ed il deperimento toccava il grado di vera emaciazione. Venne decisa la provocazione artificiale del parto al principio del nono mese, e praticata col metodo Krause-Barnes.

La candeletta rimase in sede 30 ore senza risvegliare contrazioni di qualche efficacia; perciò, essendo il collo uterino, per quanto non disfatto, cedevolissimo e dilatabile, venne applicato un sacchetto di Barnes N. 1. Undici ore dopo, s' iniziavano i dolori veri di parto e, dopo altre sei ore, questo si espletava in modo spontaneo colla nascita di un bambino di sesso maschile, vivo, sano, ben conformato, avente un peso di 2800 gr., una lunghezza di 46.5 cm., un bi-parietale di 85 mm. Le contrazioni, una volta iniziate, erano state gagliarde, avvicinate, ed in periodo espulsivo accompagnate da premiti pure assai intensi; tale circostanza, come anche la somma cedevolezza del piano perineale, fors'anche un lieve discostamento delle branche ischio-pubiche valsero a sopprimere

quelle difficoltà, che a priori si sarebbero attese pel compimento del parto, massime in corrispondenza del distretto inferiore.

Il bambino fu passato il giorno dopo agli Esposti; quanto alla madre, il puerperio fu apiretico: ma le sofferenze legate all'osteomalacia ed il decadimento della nutrizione, a malgrado venisse presto ripresa la somministrazione di farmaci ricostituenti, non accennarono anche dopo un mese dal parto, a subire quel miglioramento, che suole verificarsi a puerperio un po'inoltrato, quando la donna non si spossi coll'allattamento.

La conoscenza degli ottimi risultati avuti in queste forme di osteomalacia progressiva dal Fehling, dal Müller, dal Winckel, da Hoffa mediante la castrazione, indusse allora il prof. Porro a concedermi ch'io mettessi a prova questa nuova risorsa chirurgica là dove avevano fallito i mezzi della terapia sì medica, che ostetrica.

Avendo avuto opportunità di acquistare una discreta competenza, in occasione di altro mio studio (1), nella ricerca dei peptoni nelle urine, ho istituito alcune analisi in proposito, e prima e dopo l'operazione, delle urine della paziente, nella lusinga di potere dall'andamento di una eventuale peptonuria trarre qualche criterio positivo, e quasi un indice, per tener dietro alle modificazioni, che dalla castrazione mi attendevo sul decorso dell'osteomalacia. La possibilità di una peptonuria in tale malattia può infatti trovar ragione sia nella rapida ed estesa regressione del tessuto muscolare, che in essa si verifica, sia nella profonda alterazione del ricambio molecolare, in cui, come sospetta per casi analoghi il Jaksch, può forse aver luogo una *peptonuria ematogena* per rapido e tumultuario deperimento dell'elemento globulare del sangue. È noto del resto come fino dal 1848 sia stato trovato da Bence-Jones nelle urine di un osteomalacico il *propeptone* od *emialbuminosa,* che è considerato come un prodotto intermedio tra la sintonina ed il peptone vero, e che venne da Virchow riscontrato anche nel midollo delle ossa osteomalaciche. Pur troppo però il risultato degli esami da me istituiti non corrispose in alcun modo all'apparente attendibilità, che ne giustificava il tentativo: la peptonuria in 6 esami, 3 avanti e 3 dopo l'operazione, apparve due volte scarsissima o dubbia, e quattro affatto mancante. Converrebbe, credo, in altro caso limitare più specialmente l'indagine al propeptone colla più sensibile reazione, che gli è propria, all'acido acetico glaciale, anzichè cercare cumulativamente peptone e propeptone a mezzo della reazione cupro-potassica meno sensibile (2).

---

(1) Truzzi. « Peptonuria puerperale. » Milano, 1885.

(2) L'utilità di nuove ricerche in argomento è dimostrata dalla discordanza di giudizî, che troviamo espressi nelle opere di due valenti urologi, il Primavera ed il Jaksch. Il primo (« Manuale di chimica e microscopia. » Napoli, 1887. p. 177) afferma che nell'osteomalacia venne da lui e da altri constatata con

La castrazione, o dirò meglio l'ovarosalpingectomia bilaterale, venne da me praticata addì 19 maggio coll'assistenza del prof. Porro, e riuscì facile e spedita. L' utero offriva un legger grado di subinvoluzione, ma alle sue dipendenze mancava quell' abnorme ricchezza di vasi arteriosi e venosi, quello stato di loro varicosità, che venne riscontrato in casi congeneri dal Fehling, ed al quale l'esimio clinico di Basilea è disposto a concedere una notevole importanza patogenetica. Anche nell' esame macro e microscopico delle ovaie e del padiglione delle trombe non mi venne dato di riscontrare alcuna particolarità di qualche momento.

Il decorso clinico dell' operata, per ciò che riguarda il processo di riparazione delle lesioni chirurgiche, fu dei più regolari. Quanto al miglioramento nello stato generale mi piace trascrivere letteralmente dal diario clinico alcuni dei periodi che vi si riferiscono:

3.º giorno — La paziente accusa assai minore dolore alla pressione della parete latero-inferiore del torace.

4.º giorno — La donna ci assicura che i suoi dolori sono di gran lunga minori, tantochè le è possibile muovere liberamente le braccia, mentre prima ogni piccolo movimento le riusciva tormentoso.

6.º giorno — I dolori sono così bene diminuiti, che è difficile persuadere la paziente a restare tranquilla nel letto.

11.º giorno — Si è alzata ieri per la prima volta. L' operata non si acconciava a stare tranquilla, tanto volentieri faceva prova della riacquistata attitudine a camminare.

15.º giorno — Non accusa ormai che un tenue dolore all'arto inferiore destro, che fu il primo colpito dall' osteomalacia.

La paziente venne congedata in condizioni di notevolissimo miglioramento addì 14 giugno; fu riveduta in seguito più volte alla Maternità, l' ultima il 31 agosto. Il progressivo miglioramento, che ci presentava la donna, era qualche cosa di veramente sorprendente: si sarebbe quasi creduto agli effetti di una suggestione su una isterica, se le persistenti deformazioni osteomalaciche dello scheletro della nostra operata non fossero state lì a ricordarci che le sue trascorse sofferenze avevano avuto ben altra base dei volubili sconcerti della nevrotica. Del resto ad affermarci nella convinzione di aver conseguito un risultato non aleatorio, ma reale e duraturo, ci confortava e ci conforta il pensiero dei

---

certezza la propeptonuria vera; per cui ritiene che, ogni volta che si ottenga un tale reperto si debba pensare subito all'esistenza dell'osteomalacia come del morbo più probabile. — Lo Jaksch invece a pagina 226 del suo Manuale di diagnostica (traduzione francese, 1888), dopo aver narrato di due casi di osteomalacia nella clinica di Nothnagel, in cui non ebbe a trovare traccie di albuminosuria, conclude colle seguenti parole: « L'importance clinique de ce corps, trouvé dans l'urine, est jusqu'à présent très faible, et *on ne peut tirer de sa présence aucune conclusion certaine.* »

successi altrettanto brillanti che già si ottennero all' estero coll' istesso intervento e nell'istessa malattia. La donna, che qualche mese prima era condannata ad una vita quasi continua di letto, ora è capace di fare lunghe passeggiate, di salire a corsa le scale; non soffre più alcun dolore sia nei movimenti del corpo, sia sotto la pressione anche intensa in qualsiasi punto del suo scheletro. La nutrizione generale, il colorito sono pure assai migliorati. Le mestruazioni non sono più riapparse. Come già dissi, non restano della trascorsa malattia che le deformazioni scheletriche, le quali anche alla pelvimetria ci si dimostrano affatto stazionarie per avvenuto consolidamento delle ossa.

Caso II. — *Nullipara, di 34 anni, affetta da grave osteomalacia non puerperale. — Ovarosalpingectomia il 17 giugno 1890. — Miglioramento rapido e progressivo della paziente.*

Già dissi come questo secondo caso offra uno speciale interesse per essere stata la castrazione intrapresa per osteomalacia non puerperale.

Io vidi per la prima volta la paziente all' Ospedale Ciceri o Fatebene-sorelle di Milano, dietro cortese autorizzazione dell'egregio dottore Pecorara, medico primario dell'infermeria, dove giaceva l'ammalata. Era stato già fatto giudizio, in base a diligenti esami, di osteomalacia; la cura era stata poco o punto efficace, malgrado fosse razionalmente diretta al tentativo di ricostituire l'ammalata, a lenirne le sofferenze, e da ultimo a frenare una diarrea profusa, che da alcuni giorni travagliava la povera donna e ne esauriva sempre più le misere forze.

Ad un colto e distinto collega, come il dott. Pecorara, non mi fu difficile trasfondere la convinzione, in me ingenerata dopo esame della paziente, che, per essersi mostrate come al solito inefficaci le cure mediche, conoscendosi il pronostico estremamente grave dell' osteomalacia non puerperale, convenisse tentare come estrema risorsa l'istessa terapia chirurgica, che, sotto veste di operazione Porro oppure sotto quella di semplice castrazione, aveva già dato eccellenti risultati dell'osteomalacia puerperale.

L'ammalata venne pertanto tradotta ad una casa privata di salute e quivi da me operata di ovarosalpingectomia addì 17 giugno.

Prima però di spendere qualche parola intorno all'atto operativo ed

alla condizione degli annessi uterini estirpati, ci corre obbligo di riferire intorno alle risultanze dell'esame anamnestico e somatico della paziente.

G. Angela, d'anni 34, nubile, nata a Cernusco sul Naviglio, domiciliata da molti anni a Milano. Genitori viventi e sani; quattro fratelli sono morti, uno a 8 anni di tifo, un altro a 16 anni di forma cerebrale (tifo?), due nell'infanzia; quattro altri fratelli sono vivi e sani. La paziente trascorse la sua infanzia ed adolescenza presso una zia agiata, per cui non sofferse privazioni di sorta; crebbe, malgrado questo, meschina di forme, esile, delicata. La mestruazione si iniziò a 16 anni e ricomparve sempre a periodi regolari, in quantità pressochè normale, con una durata media di quattro giorni. All'età di 22 anni entrò come maestra in un asilo, scarsamente dotato, di religiose, in Milano, e qui trasse una vita assai meno igienica che negli anni antecedenti. Passava da notte in un dormitorio, dove giacevano circa 25 bambine; nel giorno stava quasi continuamente in una scuola a pian terreno e si nutriva prevalentemente con zuppe, patate, insalate, ed altre sostanze di scarso valore alimentare. All'età di 29 anni cominciò a risentire dolori alle coscie, massime allorquando faceva molto lavoro e camminava; i dolori, che avevano sede profonda nelle ossa, cessavano quasi interamente nel riposo. Dopo un paio d'anni i medesimi si fecero più insistenti, esacerbantisi ad ogni movimento, ed invasero la regione lombare, irradiandosi ai fianchi con senso di costrizione, poi man mano si estesero a tutto il dorso, alle spalle ed alle braccia fin oltre il cubito. Mai parestesie, nè spasmi, nè contratture agli arti; invece un senso vieppiù crescente di indebolimento, dal quale non parevano esenti che le mani, con cui la nostra paziente si sforzava continuamente di lavorare. Al dire della stessa, allorquando i dolori erano più intensi non mancava un po' di movimento febbrile. Nel corso di tale malattia l'inferma andò incurvandosi ed, or sono nove mesi, dovette anche far accorciare di molto le proprie vesti per avvenuta diminuzione notevole della propria statura. Non poteva più camminare se non sostenuta da qualche compagna e coll'aiuto di un piccolo bastone.

Così per lunghi mesi, parte a letto, parte seduta su una sedia, passò la vita nell'infermeria dell'asilo, dove vennero esperiti diversi mezzi di cura. Non fu che più tardi, nella primavera del corrente anno, che il peggioramento continuo dell'ammalata, lo spettacolo de' suoi gravi patimenti dimostrarono la necessità di far trasportare la medesima all'ospedale Fate-bene-sorelle, donde, come già dissi, venne nel giugno trasportata definitivamente alla casa di salute.

S. P. (alla vigilia dell' atto operativo): Emaciazione estrema. Ogni posizione anche nel letto riesce per l'inferma incomoda e difficile. Alle ossa del capo nulla degno di nota; sensi normali. Lingua depitelizzata.

Il torace è assai stretto, esile nella parte sua superiore, alquanto allargato a campana alla sua base. Lo sterno, a forma spiccatamente carenata nei due terzi superiori, è profondamente infossato nel terzo suo inferiore. Le coste sono di una consistenza quasi cartilaginea e dolentissime alla pressione; offrono una marcata deformazione, inerente alla esistenza di un'estesa e notevole cifo-scoliosi dorsale sinistra. Anche la colonna vertebrale, massime lungo la serie apofisaria trasversa, era sede di una squisita sensibilità alla pressione, dalle ultime vertebre cervicali alla base del sacro. All'esame dei visceri toracici ed addominali, non potei riscontrare fatti speciali all'infuori di un soffio dolce inorganico accompagnante il primo tono sul focolaio dell'aorta e della polmonare, senza alcuna coincidenza con fenomeni di fremito tattile nè con apprezzabile alterazione dei diametri del cuore. La pelvi, per quanto l'osteomalacia non fosse di origine puerperale, offriva però abbastanza bene delineate le deformazioni tanto caratteristiche per quest'ultima malattia. Esisteva infatti un discreto grado d'inflessione delle ali iliache, tantochè per l'anormale sporgenza delle creste si aveva alla pelvimetria esterna il seguente confronto diametrico:

D. spine 21 cm. — D. creste 28. — D. trocanteri 26.

Pure importanti erano le deformazioni del sacro, stretto e caratteristicamente incurvato — delle branche ischio-pubiche, delle quali però la destra era assai più alterata che non la sinistra: la prima infatti, per una forte introflessione dell'ischio, costituiva la metà di un vero omega, causando quasi per sè sola la notevole riduzione del d. bisischiatico, il quale misurava appena 5 — 5. 5 cm. di lunghezza. Se la branca ischio-pubica di sinistra fosse stata in pari grado deturpata, il d. bisischiatico non avrebbe più avuto sufficiente estensione per ammettere il dito esploratore. Anche in corrispondenza dell'arto pelvico anteriore prevaleva l'alterazione al lato destro, dove la branca orizzontale del pube offriva un'inflessione assai più marcata di quella del lato opposto. La C. E. misurava 16. 5 cm. Gli arti inferiori erano diritti ma esili dimagrati, in relazione al generale deperimento dell'inferma ed alla forzata loro inazione: la sensibilità nelle varie sue forme appariva affatto normale; i riflessi, analogamente a quanto venne osservato in altri casi di osteomalacia (1), poco accentuati.

Apiressia: polso piccolo frequente (90-95): sudori facili, profusi, massime durante il sonno. Le orine sedimentose, per lo più di reazione neutra, talora anche alcalina, scarse, facili al fenomeno della chiesteina. Vennero più volte da me sottoposte alla ricerca di peptoni, ma senza risultati positivi. Trattandosi di un caso, anche sotto il riguardo della

---

(1) Veggasi, ad es., il caso diligentemente narrato dal prof. Cantieri di Siena (« Un caso di osteomalacia. » *Rivista clinica*. Bologna, 1885, p. 601).

patologia medica interessante, credo opportuno riferire integralmente il risultato di un esame uroscopico praticato su orine del mattino avanti l'atto operativo (quantità di orina nelle 24 ore gr. 1130) nel laboratorio anatomo-patologico dell' Ospedale Maggiore di Milano (Prot. analitico N. 2547): Colore giallo carico. — Odore urinoso forte. — P. sp. 1019. — Reaz. acida. — Alb. assente. — Carbonati assenti. — Fosfati in genere abbondanti, fosfati terrosi aumentati. — Sedimento in discreta quantità semi-trasparente, fatte da nubecole bianchiccie. — Urea gr. 23,058 per litro d' orina. — Al microscopio: cellule di epitelio pavimentoso delle prime vie genito-urinarie; cellule linfoidi catarrali; pochi microbi ordinari della fermentazione urinosa.

L'atto operativo (ovaro-salpingectomia bilaterale) decorse senza alcun speciale accidente, nè merita quindi di essere qui descritto nei suoi particolari. Anche in questo caso, come nell'antecedente, non mi fu possibile riconoscere alcuna preternaturale ricchezza o turgescenza vasale delle dipendenze uterine. Quello che invece colpiva subito l'attenzione all'esame macroscopico era la grossezza anormale dell'ovaia sinistra: la forma ovoide dell'organo persisteva abbastanza rispettata, salvo che l'abituale suo appiattimento in senso antero-posteriore era più manifesto per essere l'aumento di volume prevalente nel senso dei diametri trasverso (8 cm.) e verticale (3. 5 cm.) in confronto a quello antero-posteriore (2 cm.): il peso era di 13 gr. Nessun ovisacco sovradisteso giustificava in tutto od in parte tale aumento di volume dell'ovaio. Del resto nessun' altra alterazione macroscopica nè alle ovaie, nè ai padiglioni estirpati. L'esame istologico, praticato da me e poi anche dal chiarissimo prof. A. Visconti, Prosettore dell' Ospedale Maggiore di Milano, dava i seguenti risultati: per entrambe le ovaie, indurite in alcool ed esaminate parte senza colorazione, parte dopo colorazione con picrocarm. Ranvier, si riscontrava qua e là conservato l'epitelio cubico alla superficie libera dell' organo, specialmente nelle solcature dell'ovaia stessa. Lo stroma connettivale della zona corticale offriva in alcuni punti un leggier grado d'ispessimento iperplastico, più marcato all'ovaia sinistra che non alla destra. Follicoli in entrambe le ovaje molto scarsi. Ma l'alterazione più interessante era rappresentata dalla presenza nella grossa ovaia di sinistra, in corrispondenza del suo ilo, in una specie di lacuna, di un accumulo di cellule per lo più fusate, abbastanza grandi, con un nucleo rotondo o rotondeggiante, nucleolato, disposte tra loro a modo di sarcoma a cellule fusiformi, fascicolato (1).

---

(1) Tali cellule, per la loro sede, nella parte midollare dell' ovajo, per la loro forma fusata, nonchè per la notevole estensione del nido, che desse costituivano, si differenziavano in modo assolutamente certo da quei grossi elementi (*elementoni*), che Berté e Cuzzi hanno descritto nello stroma ovarico (*Rivista clinica* di Bologna, 1884).

Tale nocciolo sarcomatoso era certamente al principio di suo sviluppo, massime tenuto conto della rapidità abituale di incremento e delle proporzioni notevoli a cui possono giungere presto i sarcomi dell'ovaja; nè poteva quindi essere in correlazione colla malattia delle ossa, che durava da parecchi anni, nè avere influito in alcun modo sullo stato generale della donna.

Il decorso clinico dell'operata fu apiretico e dei più regolari. Quanto alla influenza della demolizione ovaro-tubarica sullo stato generale dell'inferma si ebbe fin dai primi giorni un sintomo assai promettente: la diarrea, ribelle da più settimane ad ogni tentativo terapeutico e dipendente con ogni probabilità da disordini nell'innervazione, cessava dopo l'atto operativo affatto spontaneamente, dando luogo anzi ad una condizione affatto opposta, per cui si rese più tardi necessario l'impiego di clisteri e di qualche blando eccoprotico. I dolori ossei dopo la prima settimana erano già sensibilmente diminuiti alle pareti laterali del torace; verso la decima giornata la paziente ci assicurava di notare una libertà ben maggiore di prima nel movimento degli arti, che riesciva ormai punto doloroso. Provammo più volte ad esercitare per sorpresa una pressione anche profonda sulla pelvi, sul torace, sui femori della donna, distraendo intanto con discorsi l'attenzione della stessa, e mai la vedemmo dar segno di sofferenza, mentre prima pressioni anche minori la facevano trasalire pel dolore. A tali miglioramenti andava intanto compagna una lenta ma progressiva ricostituzione delle forze e dello stato di nutrizione, tantochè l'inferma in XV^{a} giornata cominciava a lasciare il letto per alcune ore, in XX^{a} faceva i primi passi per la camera con relativa speditezza, senza dolori e senza bisogno di alcun sostegno. Oggi la povera donna si può dire mirabilmente trasformata: sta alzata tutto il giorno, cammina abbastanza bene, fa le scale, è leggermente ingrassata e di colorito sano. Sono cessati affatto i sudori profusi, caratteristici; e a ricordo delle passate sofferenze ormai non resta che la persistenza di quelle deformazioni ossee, che l'intervento chirurgico non poteva cancellare, ma soltanto arrestare nel loro progresso, ordinariamente fatale.

Mestruazione completamente sospesa.

Alla constatazione del notevole miglioramento della mia operata, del quale poterono essere testimoni quanti ebbero ad assistere all'atto chirurgico, mi piacque invitare tra altri, gli egregi colleghi dott. Pecorara e dott. Pietro Conti, i quali per avere visitata e curata la paziente all'Ospedale Ciceri quando le fasi della malattia erano assai inoltrate, potevano essere certamente i migliori giudici nel confronto. Entrambi rimasero veramente sorpresi sia del miglioramento innegabile della donna, sia della rapidità con cui il medesimo si era effettuato.

Questi sono i fatti: fatti in apparenza poco verosimili, ma veri ed anche non nuovi; o, per dir meglio, non è nuova che l'applicazione, ch'io feci, ad un caso di osteomalacia non puerperale di quella stessa risorsa chirurgica, che aveva già dato eccellenti risultati nell'osteomalacia cosidetta puerperale. Io ebbi già occasione in altro mio lavoro (1) di riandare la breve parte storica dell'argomento che c'interessa: è noto come il concetto di tale intervento sia stato suggerito alla mente del prof. Fehling di Basilea dagli ottimi risultati che l'operazione Porro dava sullo stato generale delle osteomalaciche: risultati, di gran lunga migliori di quelli consecutivi al taglio cesareo senza amputazione utero-ovarica. I casi dall'epoca del citato mio lavoro sono cresciuti in numero, per modo che presentemente, per quanto almeno mi risulta dalle indagini fatte, raggiungono la cifra di 16, come si scorge dal seguente prospetto (2):

OPERATORI	Osteomalacia	
	puerperale	non puerperale
Fehling	9	—
Winckel	1	—
Müller	2	—
Hoffa	1	—
Sippel	1	—
Truzzi	1	1
	15	1

(1) Truzzi. « Ulteriore contributo allo studio dell'operazione Porro. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* 1890.

(2) Nella seduta 10 luglio 1888 dell'Adunanza della Società ostetrico-ginecologica in Vienna il Breisky dava comunicazione di un caso, che potrebbe almeno in parte, meritare di essere inscritto tra quelli di castrazione per osteomalacia. Il Breisky, dopo aver estirpato una cisti ovarica in donna osteomalacica, procedeva seduta stante all'ablazione dell'ovaia del lato opposto allo scopo di curare ad un tempo anche l'osteomalacia. Di tale caso non mi fu possibile trovare ulteriori notizie.

L'età delle operate oscillò entro limiti assai estesi: nella comunicazione di Fehling su questo argomento al Congresso di Berlino è detto che nelle nove sue operate i limiti d'età estendevansi dai 28 ai 51 anni: le operate di Winckel e di Hoffa avevano entrambe 31 anni; delle due di Müller l'una pure 31, l'altra 35 anni: quella di Sippel 36, delle mie due l'una aveva 26, l'altra 34 anni.

Di questi sedici casi uno solo fu seguito da decesso (6. 2 p. 0[0) per colpa però, come osserva giustamente il Fehling, non già della castrazione in sè stessa, ma della praticata ventrofissazione dell' utero, che diede origine ad aderenze dell'intestino ed a morte per conseguente entero-stenosi. Nelle 15 donne superstiti all'atto operativo il miglioramento delle condizioni generali fu sempre abbastanza evidente, talora sorprendentemente rapido e notevole. In più casi la dolorabilità delle coste e dello sterno cominciò già a farsi un po' minore dal terzo giorno dell'operazione, prima ancora che si manifestasse un miglioramento nella dolorabilità delle ossa pelviche.

Questa rapidità di effetti ha un importante significato e toglie molto valore alle critiche, che vennero mosse alla proposta del Fehling per parte di coloro, che negarono alla castrazione un'efficacia diretta contro il processo osteomalacico, affermando che le induzioni del Fehling basavano sul falso principio del *post hoc ergo propter hoc.*

Tra questi oppositori meritano di essere citati lo Schauta di Praga, lo Zweifel di Lipsia ed il Sippel di Francoforte. Lo Schauta al paragrafo VII. — (Die Beckenanomalien) — del Manuale di Ostetricia pubblicato dal Müller (1), scrivendo della terapia ostetrica in casi di bacino osteomalacico, si dimostra, se non apertamente ostile, certamente poco propenso alla pratica della castrazione nell'osteomalacia ed alla conseguente preferenza che in casi di taglio cesareo in osteomalaciche, dovrebbe essere concessa all'operazione Porro. L'A. ricorda un caso di Fochier nel quale cinque mesi dopo l'operazione Porro ricomparvero dolori osteomalacici alle ossa del bacino; ed un caso di Reuss, nel quale in seguito a taglio cesareo conservatore venne con opportuno trattamento ottenuta la guarigione dell'osteomalacia, cosicchè la donna dieci mesi dopo il parto poteva camminare a lungo senza alcun dolore. Secondo

---

(1) Müller. « Handbuch der Geburtshülfe. » Bd. II, Hft. I, p. 373.

Schauta, quand' anche la sterilizzazione dovesse venir giudicata come un fattore di guarigione dell' osteomalacia, si dovrebbe semplicemente castrare la donna nell'occasione di una sezione cesarea, senza ricorrere in pari tempo all'amputazione uterina.

Lo Zweifel in una sua relazione alla Società ostetrica di Lipsia, sopra un caso di amputazione utero-ovarica cesarea in donna osteomalacica (1), coglie occasione per dichiarare che, a suo parere, il miglioramento delle operate alla Fehling non va ascritto alla mutilazione in sè stessa dell'apparato sessuale, non al fatto chirurgico della rimozione delle ovaie, bensì all'esclusa possibilità di nuovi concepimenti, unitamente alla migliorata alimentazione delle operate durante la loro degenza negli istituti. L'A. propone, a scopo di esperimento, che in futuri casi di operazione cesarea in osteomalaciche si aggiunga come complemento la legatura degli ovidotti. A simili obbiezioni non tardò a rispondere il Fehling (2), ricordando come nei casi da lui operati si trattasse di donne affette da osteomalacia a carattere più o meno rapidamente progressivo, richiamando l'attenzione sopra la singolare rapidità, onde alla praticata castrazione teneva dietro nelle operate un sensibile miglioramento — e riaffermando assolutamente il concetto che la rimozione delle ovaie potesse direttamente influire sull'andamento di tale malattia. Nella sua comunicazione poi al Congresso di Berlino, il Fehling prese di nuovo argomento per contestare ogni valore alle idee di Zweifel, citando casi di donne, nelle quali l'osteomalacia aveva fatto progressi a malgrado non si fossero più verificate gravidanze da un lasso di tempo che variava dai quattro agli otto anni: anche in esse la castrazione aveva dato buon successo, il quale meritava quindi di essere attribuito non già alla sterilizzazione della donna, ma all' arresto nella stessa del processo di ovulazione.

Il Sippel di Francoforte in un suo lavoro pubblicato nell' ultimo fascicolo 1887 degli *Archiv f. Gynäk.* (3), a proposito di una sua operazione cesarea col metodo Sänger in donna osteomalacica, ha attaccato vivacemente la proposta Fehling della castrazione nell'osteomalacia. L'A.

---

(1) Zweifel. « Ein Fall. v. Osteomalacie, modificirter Porro Kaiserschnitt, geheilt. » — In: *Centralblatt f. Gynäk.*, N. 2, 1890, p. 25.

(2) Fehling. « Zur Frage der Therapie bei Osteomalacie. » *Centralb. f. Gynäk.*, N. 5, 1890, p. 73.

(3) A. Sippel. « Kaiserschnitt nach Sänger. » *Archiv f. Gynäkologie*, Bd. XXIX, Hft. 3, p. 476.

dimenticando che tale terapia non venne consigliata se non nei casi più gravi di osteomalacia, in cui si notasse un carattere progressivo, ricorre al solito argomento, che si danno casi di spontanea guarigione in donne osteomalaciche, che dopo il parto si astennero dall'allattamento, nè si esposero più tardi alle conseguenze di nuove gestazioni. L'A. trae argomento di conferma alle sue idee dallo stesso caso, che forma tema della sua pubblicazione: in esso infatti, abbenchè nell'operazione cesarea fosse stata rispettata l'integrità anatomica e fisiologica dell'apparato genitale, abbenchè la osteomalacia avesse già gravemente alterato lo scheletro della donna (stenosi pelvica assoluta, cifoscoliosi dorsale destra, lordoscoliosi lombare sinistra compensativa), pure appena quattro mesi dopo l'operazione, senza che nessuna speciale terapia fosse stata adottata, avvenne un sensibile miglioramento delle condizioni dell'operata, fino a scomparsa completa dei dolori ed alla riacquistata attitudine a camminare. Il Sippel cerca spiegazione di fatti di tal genere nella circostanza, che le osteomalaciche, che abbiano subito un'operazione cesarea, qualunque ne sia il metodo, destano nei conoscenti, nei vicini di casa un vivo interessamento, assai più di altre che siano state semplicemente liberate col forcipe o col craniotomo; vengono perciò fatte segno alla pubblica attenzione e carità, e possono così trovar modo di nutrirsi meglio e di far vita più igienica, di quanto loro fosse dato avanti l'operazione (!).

Lo stesso Autore però in una sua pubblicazione uscita lo scorso mese (1), narrando di un caso di castrazione per osteomalacia, seguito da perfetta guarigione nell'operata, si appalesa assai meno contrario alla proposta Fehling, e, senza ricredersi apertamente sulle già espresse sue convinzioni in argomento, si limita a dichiarare essere il suo caso un contributo ad una quistione importante e *non ancora risolta*, se l'osteomalacia sia o non sia guaribile a mezzo della castrazione. La paziente, operata da Sippel, era una sestipara, di 36 anni, che in seguito a grave emorragia da aborto, avanti la quinta sua gravidanza, fu colpita da osteomalacia. La malattia fece progressi nelle ultime due gravidanze, per cui nel quinto parto occorse il forcipe, nel sesto la perforazione. Più tardi, in concomitanza a perdite mestruali profuse, l'osteomalacia fece nuovi e rapidi progressi, tantochè, quando la donna sedici mesi dopo l'ultimo

(1) A. Sippel. « Kastration bei Osteomalacie. » *Centralblatt f. Gynäk.* N. 33, p. 584, 1890.

suo parto si ripresentò al Sippel, era notevolmente deperita, tormentata da intensissimi dolori, gravemente deturpata alle ossa pelviche ed alla colonna vertebrale, e diminuita sensibilmente di statura. L'A., volendo prontamente porre freno alle menorragie, si decise alla castrazione (21 nov. 1889), preferendo tale provvedimento alla terapia ginecologica per la via vaginale, meno sicura, e resa più difficile dall'angustia pelvica e dalla poca accessibilità della cervice uterina. Le emorragie cessarono interamente: la deformazione osteomalacica non fece ulteriori progressi, i dolori andarono man mano scomparendo, tantochè, come scrive il Sippel, la donna cresciuta anche di peso, è oggi felice di potersi dedicare senza alcun disturbo alle molte cure della sua famiglia di cui fanno parte cinque bambini. L'A. si dimostra propenso a spiegare tale successo per la cessazione delle menorragie, ma non osa negare che altri fattori inerenti alla castrazione possano meritare in proposito grande importanza (1).

Ora però che, per debito di cronaca, abbiamo fatto cenno di queste opposizioni alla proposta di Fehling, ci affrettiamo per parte nostra ad osservare che i fatti di sola castrazione o di castrazione inerente all'amputazione utero-ovarica si sono già abbastanza moltiplicati, e l'esito di tale intervento si è dimostrato, come già dicemmo, abbastanza costante, perchè sia lecito ammettere come un fatto ormai assodato che *la demolizione delle ghiandole sessuali esercita nella donna un' influenza decisamente favorevole per la guarigione dell'osteomalacia.* Non si tratta qui di fatti aprioristici, che molte volte non reggono ad una critica senza preconcetti: qui furono i fatti stessi che s' imposero ai clinici per la loro evidenza: gli osservatori non fecero che raccogliere il materiale greggio, come veniva loro fornito dai risultati eccellenti, che l'amputazione utero-ovarica dava in casi di osteomalacia: bastò un semplice lavoro di depurazione, perchè dal fatto complesso si potesse trarre il

(1) A me pare che il miglioramento, in un caso tanto grave di osteomalacia, sia stato troppo pronto, perchè ne sia fatto esclusivo merito alla cessazione del catamenio. Come risulta infatti dalla relazione clinica, che ci dà il Sippel, le deformazioni ossee si arrestarono subito e completamente: i dolori, a dir vero, tardarono qualche tempo a dissiparsi; ma ad ogni modo la guarigione poteva dirsi già completa a poco più di un semestre dall'operazione. Ecco testualmente le parole dell'A.: « Gegenwärtig, am 5 juli 1890 (la castrazione era stata praticata il 21 nov. 1889), sieht die Pat. blühend aus, hat erheblich a Körpergewicht zugenommen und ist *schon längere Zeit* alle Beschwerden los. »

principio semplice, e cioè riconoscere che nell' estesa demolizione, che l'operazione Porro importa agli organi genitali muliebri, la parte veramente efficace contro l' osteomalacia doveva semplicemente cercarsi nella sola ablazione delle ovaie.

Difficile, ma interessante nello stesso tempo, è l'interpretazione di tali fatti; trovare una spiegazione adeguata dei medesimi vuol dir forse gettare uno sprazzo di luce sull' oscura e dibattuta questione della patogenesi del processo osteomalacico: non è la prima volta che l' azione terapeutica instrada il clinico nello studio del significato fisio-patologico di un'affezione morbosa.

Ora, se noi passiamo in rassegna le teorie, che ebbero ed hanno maggior credito sulla patogenesi dell'osteomalacia, troviamo che nessuna delle medesime può bastare a spiegarsi come avvenga che la brusca soppressione della vita sessuale ingeneri un rapido miglioramento, talora una decisa guarigione dell' osteomalacia. Il Fehling anzi rifiuta recisamente tali teorie anche alla sola spiegazione della patogenesi del processo morboso, ed *a fortiori* a quella dell' influenza della castrazione. Ecco brevemente le considerazioni, che il Fehling andò svolgendo in proposito nella sua comunicazione al Congresso di Berlino, come trovansi riassunte nel *Centralblatt f. Gynäkologie.*

Per quanto riguarda *gli esami uroscopici* in casi di osteomalacia, è forza ormai convenire, osserva il Fehling, che i medesimi per essere ora positivi ora negativi, non diedero finora alcun importante risultato, massime se si tien conto della facile sorgente di errore inerente alle oscillazioni giornaliere nelle quantità di acido fosforico e di calce.

Anche gli *esami batteriologici* del sangue delle pazienti e delle ovaie loro estirpate riescirono fin qui negativi. Il Fehling ha quindi ormai abbandonata la dottrina, alla quale prima faceva buon viso, che cioè l'osteomalacia potesse essere considerata di natura infettiva.

[Tale idea, suggerita dal noto carattere endemico della malattia era già stata fino dal 1882 messa in campo dal Winckel (1). Il Kehrer, in una sua comunicazione alla LXII Adunanza dei naturalisti e medici tedeschi in Heidelberg (seduta 19 sett. 1889), aveva propugnato tale idea, dimostrando l' analogia tra l' osteomalacia ed altre malattie croniche ende-

(1) Winckel. « Klinische Beobactungen zur Dystokie durch Beckenenge. » Leipzig, 1882.

miche (Lebbra, Beri-Beri, ecc.), ed attribuendo il rammollimento morboso delle ossa alla invasione delle stesse per bacterî osteolitici. Anche il Baumann aveva caldeggiata tale idea in una sua dissertazione inaugurale, studiandosi anche di dare degli effetti della castrazione sulla osteomalacia una spiegazione, che fosse consentanea a tale concetto di una patogenesi da infezione (1): il virus, secondo Baumann, troverebbe un terreno eminentemente favorevole al proprio sviluppo nell'organismo muliebre indebolito da molte gravidanze, prediligendo come un luogo di minor resistenza le ossa pelviche colpite da stasi gravidica; per contrario le condizioni di suo sviluppo diventerebbero svantaggiose, allorquando a quei momenti di iperemia attiva o passiva, che erano dapprima provocati dalle mestruazioni o dalle gravidanze, venisse a sostituirsi l'ischemia riflessa delle ossa pelviche, indotta dalla brusca soppressione delle ghiandole sessuali. Dottrina questa, come si vede, alquanto artificiosa, e dalla quale, ripeto, lo stesso Fehling, sotto la cui ispirazione era apparsa la dissertazione di Baumann, si è oggi affatto discostato].

Anche la *diminuita alcalescenza del sangue*, dimostrata da Jaksch, non merita, secondo Fehling, di essere ritenuta nè quale sintomo patognomonico, nè quale momento patogenetico dell'osteomalacia. Ed invero il reperto di una diminuita alcalescenza non è punto costante in tutti i casi di tale malattia; ma si avvera di preferenza quando la medesima abbia già indotto nella paziente una avanzata cachessia, precisamente come lo stesso Jaksch ha dimostrato per un numero considerevole di altre malattie. Il Fehling aggiunge che in ricerche istituite sul sangue di donne osteomalaciche avanti e dopo l' operazione, in corso cioè di malattia ed a guarigione avvenuta, non si poterono riscontrare differenze sensibili nel grado di alcalescenza.

(Contro queste opinioni di Fehling prese la parola al Congresso di Berlino il prof. Winckel di Monaco, al quale le affermazioni del collega di Basilea parvero troppo immature. Egli dichiarò che in entrambi i suoi casi di castrazione per osteomalacia ebbe a riscontrare, in seguito all'atto operativo, un forte aumento nell'alcalescenza, prima assai debole, del sangue).

Da ultimo il Fehling ha richiamato l'attenzione sui seguenti fatti,

---

(1) BAUMANN. « Ueber den Einfluss der Porro operation u. Castration auf das Wesen der Osteomalacie. » Inaugural dissertation. Basel, 1889.

destinati, a suo parere, ad una giusta comprensione dell'indole dell'osteomalacia e del meccanismo d'azione sulla stessa dell'ablazione delle ovaie:

1.° Il manifesto peggioramento della malattia in correlazione col catamenio.

2.° La rapidità sorprendente, onde diminuiscono i dolori ossei in seguito all'atto operativo.

3.° La condizione particolare delle dipendenze uterine, quale venne riscontrata *de visu* mediante laparotomia in donne osteomalaciche, l'enorme ricchezza cioè di vasi venosi ed arteriosi con ectasia dei medesimi, come si avvera per fatto di gravidanza. Mancherebbero, a dir vero, tanto all'esame macro che microscopico delle ovaie, speciali alterazioni del parenchima, oppure del connettivo; ma d'altra parte, osserva il Fehling, mancano fin qui esami comparativi degli ovari per tagli in serie.

4.° L'imponente fertilità delle donne osteomalaciche. Nei suoi casi l'A. la trovò rappresentata da una media del 5.4; media che venne riscontrata ancora più elevata da Baumann (6.8), e da Rosenträger (8.2), e che contrasta palesemente colla cifra media di fertilità in Germania (3.9). Questa aumentata fertilità delle donne osteomalaciche accenna ad una esaltata attività funzionale delle ghiandole sessuali, massime ove si consideri che, anche dopo comparsa la malattia, persiste in tali inferme una notevole frequenza di concepimenti.

Per tutte queste ragioni il Fehling è indotto a credere che *l'essenza del processo morboso osteomalacico debba cercarsi in una attività patologicamente aumentata delle ovaie;* da tali organi si sprigionerebbe una eccitazione riflessa ai nervi vaso-dilatatori del sistema osseo; da ciò ne verrebbe necessariamente una stasi nelle ossa, e, come ultima conseguenza di tali fatti, un'esagerazione del processo normale di riassorbimento dell'osso già formato. La castrazione, a sua volta, verrebbe a sopprimere colle ghiandole sessuali questo bilaterale focolaio di eccitazione riflessa dei nervi vaso-dilatatori: così i vasi sanguigni tornerebbero e restringersi, a riacquistare il loro calibro normale, e, cessato l'abnorme processo di riassorbimento, avrebbe luogo la guarigione del processo osteomalacico.

In appoggio a tali concetti il Fehling cita un'osservazione di Nasse, il quale in seguito a sezione dell'ischiatico, ebbe a riscontrare una diminuzione della sostanza organica dell'ossatura.

Il Fehling riconosce quindi nell'osteomalacia *una vera trofoneurosi riflessa del sistema osseo, che ha il suo focolaio di riflessione dall' ovaio e che offre analogia col morbo di Basedow e con altre trofoneurosi.*

Nel campo sconfinato delle ipotesi, che si possono ideare sopra questo argomento, a mente mia quella sostenuta dal Fehling deve ritenersi meritevole di molta considerazione. Noi la troviamo già vagamente accennata negli scritti anteriori sull'osteomalacia, come ad esempio, nella *Memoria* del dott. Calderini, dove appunto la relazione tra l'iperattività dell' apparato genitale e la forma morbosa in discorso viene ammessa con queste parole: « Quando la malattia, come ordinariamente avviene, si sviluppa in seguito alla gravidanza ed al puerperio e si fissa dapprima sulle ossa del bacino, nè procede più oltre, *si deve necessariamente ricercare la causa della medesima nella accresciuta attività fisiologica negli organi genitali femminei* i quali traggono per comunanza di circolo in uno stato patologico il cingolo osseo, che loro sta intorno » (1). Quanto poi alle moderne vedute di Fehling sull'argomento in discorso, mi piace ricordare come già nella citata mia pubblicazione sulla Operazione Porro io non abbia mancato di segnalare la importanza, che si deve concedere al sistema nervoso nello spiegare la favorevole influenza, che la castrazione esercita sull'osteomalacia. « Noi non conosciamo ancora per bene, scrissi in tale occasione, l' intima influenza del sistema nervoso sulla nutrizione ossea: le teorie, secondo le quali l' osteomalacia dipenderebbe dall' azione dissolvente di acidi con produzione abnorme di sali calcari solubili (bicarbonato, fosfato acido di calce) non hanno trovato conferma nel campo sperimentale; tantochè l' Heiss, per citare un esempio, ha potuto in sue ricerche nel laboratorio di Voit amministrare delle quantità enormi di acido lattico agli animali e per un tempo assai lungo, senza notare in essi una apprezzabile diminuzione di sali terrosi. D'altro canto gli studi della moderna istologia hanno rilevato nel tessuto osseo, e più ancora nel midollo e nel periostio, una attività, una energia di nutrizione, che prima neppure si supponevano; a regolare questo intenso movimento nutritizio l'influenza del sistema nervoso e sopratutto dei nervi vaso-motori non può essere che grandissima.

---

(1) G. Calderini. « L'osteomalacia. » Torino, 1870, pag. 14.

Le osservazioni di Langendorff, di Ritter e tra di noi del Morselli (1) hanno cercato di fissare il nesso patogenetico, che in alcuni alienati epilettici, pellagrosi, ecc., si appalesa tra le lesioni del sistema nervoso ed una secondaria fragilità osteomalacica nelle ossa;.... non parmi che debba ripugnare il concetto che le modificazioni indotte nel sistema nervoso da una bilaterale castrazione possano a loro volta provocare importanti modificazioni trofiche nelle ossa del bacino: tanto più quando si pensi che la vera osteomalacia puerperale offre, anche clinicamente, una spiccata predilezione per le ossa pelviche ed è certamente nella sua genesi strettamente vincolata alle condizioni dell' apparato genitale (2). » E quanto scrissi allora a proposito dei casi di osteomalacia puerperale non potei che riconfermare, in occasione del Congresso di Berlino, per l'osteomalacia in genere, dopo avere nel frattempo esperita l' utilità della castrazione anche nel raro mio caso di osteomalacia in donna nullipara.

Senonchè qui ci si affaccia un importante problema, che le nostre attuali cognizioni non permettono di risolvere completamente. Accettando cioè l'ipotesi che la castrazione possa guarire l'osteomalacia per una benefica modificazione indotta nel movimento neurotrofico del sistema osseo e fors' anco del muscolare, noi possiamo domandarci: è egli necessario ammettere che le ovaie offrano di necessità in precedenza una alterazione organica o funzionale? È proprio mestieri supporre, per la spiegazione degli effetti della castrazione, che nell'osteomalacia la ghiandola sessuale nella donna si sia costituita, come crede il Fehling, a focolaio di abnormi riflessioni, che influenzino sfavorevolmente la nutrizione di estesissimi tessuti, come sono l' osseo ed il muscolare? *Non potrebbe, in altre parole, la demolizione dei detti organi, anche se affatto sani, anche se affatto estranei alla genesi della insorta osteomalacia, apportare in donna nell'età feconda una modificazione favorevole nei processi nutritizii dello scheletro, per il solo fatto che nell' organismo così mutilato viene soppresso d'un tratto il compito della riproduzione della specie e tutte le forze vengono economizzate alla conservazione dell'individuo?*

---

(1) Morselli. « Sulle fratture delle coste e sopra una particolare osteomalacia degli alienati. » *Rivista sperimentale di psichiatrica e di medicina legale*, p. 21 e 131, 1876.

(2) Truzzi. « Ulteriore contributo ecc., » p. 49.

Noi possediamo già molti fatti che ci assicurano come l'ablazione delle ovaie non solo possa influire sulla nutrizione del restante apparato genitale, nonchè delle neoplasie che vi han preso sede, ma anche sullo stato generale di nutrizione della donna. Intanto l'esperienza volgare c'insegna come il climaterio naturale s'accompagni spesso a notevole modificazione nella nutrizione generale dell'organismo muliebre. Il Tilt, che ne ha fatto oggetto di studio, ha trovato come in genere tali modificazioni abbiano il significato di un miglioramento nella nutrizione generale (1): l'A. sopra 282 donne, esaminate a distanza di 5 anni dalla menopausa, trovò che

121 si erano irrobustite
71 erano rimaste stazionarie
90 erano dimagrate.

Quanto agli effetti della sterilizzazione artificiale, dobbiamo anzitutto ricordare quanto ci suggeriscono le esperienze di zootecnia e di economia rurale, giusta le quali la castrazione delle femmine rappresenta un mezzo per ottenere animali meglio pasciuti e più resistenti. Gli effetti della castrazione sugli animali adulti sono forse meno palesi che in quelli giovani: però molte volte l'insuccesso di questa pratica trova semplicemente ragione nella circostanza che dessa viene intrapresa di preferenza su animali vecchi od ammalati, esauriti da frequenti sgravi, e figura allora appunto come un estremo mezzo per accrescere le scarse rendite, che gli animali in tale stato danno al colono. In altri casi il vantaggio è scarso perchè l'estirpazione delle ovaie viene eseguita dal castratore in modo affatto incompleto. A questo proposito mi piace aggiungere quanto scrive l'Immermann in una nota nel suo capitolo sulla *Corpulenza* nella Raccolta di Ziemssen: — « .... nelle femmine degli animali, a cui sieno stati per tempo tolti gli ovari, per esempio, nelle galline castrate (cosidette « poulards ») di solito si può avere con una buona alimentazione uno straordinario deposito di grasso.... inoltre anche la soppressione della funzione genitale ha nel sesso femminile come conseguenza diretta una ritenzione di materiale lipogeno, molto

(1) In: KRIEGER. « Die Menstruation. » Berlin, 1869.

maggiore che nel maschile. Imperocchè quanto materiale da cui potrebbe derivare il grasso del corpo, non va per esempio nelle galline perduto direttamente dal corpo, sotto forma di uova! » (1).

Per ciò che riguarda l' influenza della castrazione sulla donna, noi possediamo un'interessante lavoro pubblicato lo scorso anno da Glaevecke, assistente alla Clinica Ginecologica di Kiel (2). In esso non sono confusi, come potrebbero essere per i casi di operazione Porro, gli effetti sull' organismo muliebre della ablazione delle ovaie e di quasi tutto l'utero. L'A. ci offre invece ben distinti in una somma di casi gli effetti della sola ablazione delle ovaie, in altra quelli dell' estirpazione dell' utero: le sue ricerche, per quanto non sufficientemente estese, hanno pel nostro argomento tanta importanza, che meritano di essere un po' largamente riferite, almeno in quella parte che riguarda l' influenza di entrambe tali operazioni sull'ulteriore stato generale di nutrizione della donna. Noi trascureremo invece gli altri capitoli, pure assai interessanti, dell'influenza sopra il decorso della mestruazione, sopra la comparsa di emorragie vicarie e dei disturbi cosidetti climaterici, sopra l'involuzione delle residue parti genitali e dei tumori che vi sono insediati, sulle modificazioni della *libido sexualis*, sui mutamenti psichici, ecc.

Per la ricerca degli effetti dell'ablazione ovarica, l'A. prese a studio 38 casi di castrazione per indicazioni assai diverse *(myoma uteri-perioophoritis — oophoritis — perimetritis — neuralgia ovarii — hæmatosalpinx — hydrosalpinx — retroflexio uteri, ecc.)* e sei ovariotomie bilaterali per cistomi e papillomi ovarici. L'A. ha instituito confronti tra il peso ed il grado di adiposità delle operate al momento del loro congedo dalla clinica e le stesse misure prese parecchio tempo dopo tale epoca. Su una somma di 40 casi presi in considerazione in tale capitolo, in soli 3 non venne osservato alcun aumento di peso, in 14 l'aumento fu leggero (non oltre le 10 libbre), in 23, e cioè in più che metà dei casi (57.5 per 0[0) l'aumento fu abbastanza rilevante; esso è rappresentato da una media di 17 libbre e tocca in alcuni casi cifre elevate, fino a 40 libbre.

---

(1) Immermann. « Alterazioni nutritive generali. » *Corpulenza.* In : *Ziemssen,* vers. ital., vol. XIII, parte seconda, p. 280.

(2) Glaevecke. « Köeperliche u. geistige Veränderungen im weibliche Körper nach künstichem Verluste der Ovarien einerseits u. des Uterus andererseits. » *Archiv f. Gynaek.,* Bd. XXXV, Hft. 1, p. 1.

Nè manca la giustificazione pei 3 unici casi, in cui non si ebbe alcun aumento di peso: in uno di essi la donna, avendo già 44 anni, non poteva risentire vivamente le conseguenze del *Klimax* artificiale o chirurgico: — nel secondo trattavasi di una donna indigente, che tornando al suo domicilio, dovette condurre una vita di privazioni: — nel terzo caso le mestruazioni continuarono in limitato grado dopo l'operazione, per cui non si poteva parlare per esso di climaterio artificiale.

Circa poi al grado di adipogenesi delle operate, il Glaevecke ebbe a trovare nei 40 suoi casi:

nessun aumento di grasso	su	9	casi	22.5 0[0
modico ingrassamento	»	14	»	35 »
assai notevole ingrassamento	»	17	»	42.5 »

Lo stato di benessere delle operate, il notevole aumento ponderale, che in esse va compagno all'aumento di grasso, lasciano credere che l'accresciuta corpulenza delle castrate non abbia alcun significato sfavorevole, non sia, in altre parole, l'espressione di una pigra ematopoesi, e di una minorata energia trofico-plastica dei tessuti.

Cambiamenti di gran lunga minori ha trovato invece il Glaevecke, studiando l'influenza esercitata sull'organismo dall'estirpazione totale dell'utero per indicazioni diverse (carcinoma incipiente-metrite ed endometrite cronica, ecc.) La seguente tabella comparativa, meglio di ogni discorso, vale a darci un'idea della diversa influenza, che la castrazione e l'estirpazione dell'utero sanno esercitare sullo stato generale di nutrizione delle operate:

AUMENTO DI PESO	dietro Castrazione	dietro esportazione totale dell'utero	INGRASSAMENTO	dietro Castrazione	dietro esportazione totale dell'utero
Nessuno.....	7.5 0[0	25 0[0	Nessuno	22.5 0[0	66.5 0[0
Limitato	35.- »	42 »	Limitato	35.- »	8.4 »
Rilevante	57.5 »	32 »	Rilevante ...	42.5 »	25.- »

Da queste e da molte altre ricerche e considerazioni l'A. giunge alla conclusione, che, *nel mentre la sola estirpazione dell' utero apporta all'organismo muliebre scarse e poco evidenti modificazioni, la castrazione*

invece ingenera modificazioni profonde, per le quali ha luogo un vero climaterio artificiale, affatto simile in tutti i punti a quello naturale.

L'A. previene una grave obbiezione, che gli potrebbe venir mossa, e cioè che tanto l'aumento di peso quanto l'impinguare delle castrate, debbano attribuirsi non ad altro che al miglioramento di salute delle stesse, dopochè l'atto operativo aveva provveduto alla guarigione di quelle stesse malattie, che avevano fatto indicazione all'intervento chirurgico. Tale spiegazione, scrive il Glaevecke, può correre finchè si tratta di quei casi, in cui l'aumento di peso e la deposizione di grasso tennero dietro in modica misura. Ma per quelli, e sono i più numerosi, in cui le note del miglioramento nutritizio toccarono un grado molto elevato, non può bastare l'anzidetta spiegazione e devesi di necessità invocare la recondita influenza del climaterio artificiale. Il meccanismo di quest'ultima, nello stato attuale delle nostre cognizioni, non è certamente facile ad intravedersi. L'A. non può accettare, per questi casi di menopausa chirurgica, la sola spiegazione che venne data, per l'aumento corporeo che consegue al climaterio naturale, da Brière de Boismont e da Krieger, vale a dire la avvenuta cessazione dei mestrui e delle gravidanze; quest'ultima infatti, osserva giustamente il Glaevecke, benchè si verifichi anche nei casi di sola estirpazione dell'utero, non è punto accompagnata da così intenso, nè frequente aumento corporeo delle operate come avviene in casi di sola castrazione. Così pure viene respinta dall'A. l'ipotesi di Kisch, il quale vorrebbe far merito di tali fatti alla cessazione degli stimoli sessuali; dalle proprie ricerche infatti l'A. ebbe a convincersi, che non sempre alla castrazione tien dietro sotto questo riguardo il silenzio genetico, nè è in alcun modo possibile stabilire un rapporto tra questi eventuali fenomeni e quelli di una generale ipernutrizione.

L'A. pensa invece ai vincoli, che legano nella donna le ghiandole sessuali al sistema vaso-motorio, oppure, se si vuole, a quello nervoso trofico.

Prescindendo da quest'ultimo rapporto, tuttora troppo incerto per le manchevoli cognizioni in fisiologia sui così detti nervi trofici, il Glaevecke preferisce attenersi al primo, per le più sicure notizie che la fisiologia possiede sui nervi vaso-motori; egli ammette, a titolo di mera ipotesi, che in seguito alla castrazione venga a modificarsi l'innervazione vaso-motoria in singole parti del corpo, per modo che le mede-

sime siano meglio irrorate di sangue; risulterebbe da ciò un aumento di ricambio sostanziale in tutto l'organismo, colle conseguenze ultime di un aumento della nutrizione e del peso del medesimo.

Ma lasciando in disparte questa spiegazione un po' arrischiata, insistiamo però sulla importanza dei fenomeni messi in luce dall'A.; fenomeni che ci persuadono come l' ablazione delle ovaie, o sane o ammalate, possa tra le altre sue conseguenze indurre nell' economia femminile una sensibile modificazione, per lo più in senso favorevole nei fenomeni della nutrizione generale. È da augurarsi che studî e ricerche di questo genere, basate sul sincero responso della clinica, abbiano a moltiplicarsi ed a farsi più complete, massime colla scorta di esami comparativi sul sangue, sulle secrezioni, su quanto insomma può darci un esatto concetto intorno alle eventuali variazioni, che la castrazione può indurre nel labile bilancio dei processi vitali normali. In realtà i pochi apprezzamenti espressi fin qui dagli autori su questo non facile argomento sono grandemente discordi: mi basti citare in proposito l'opinione di due clinici, ai quali va riconosciuta una competenza tutta speciale nell' argomento delle malattie ovariche e della castrazione, l'Olhsausen cioè e l' Hegar. Questi crede esagerata l' influenza che si vuol concedere alle ovaie sullo stato generale della donna, e pensa che i tessuti all' età adulta offrano una resistenza sufficiente per non subire profonde metamorfosi, quando le ovaie sieno tolte colla castrazione (1). L'Olhsausen invece è d' avviso, per quanto almeno gli venne suggerito dalla propria esperienza, che i disturbi vaso-motori, i fenomeni di angio-paralisi ed angio-spasmo, ed anche la tendenza all'ingrassamento appaiano con una costanza ed intensità ben maggiori dopo la castrazione, che non in seguito al climaterio naturale (2).

L'esperimentazione sugli animali potrebbe essere di qualche importanza. L'Hegar ha già praticato, or sono molti anni, un'esperienza allo studio di questo argomento, castrando bilateralmente una giovine troia, ed unilateralmente un'altra troia dell'istessa età. L'esperimento sarebbe

---

(1) Hegar. « La castrazione delle donne. » Conferenze N. 143-44-45 della Raccolta di Volkmann. Trad. ital., 1881, p. 1485.

(2) Olshausen. « Krankheiten der Ovarien. » In: *Handbuch der Frauen Krankheiten,* redig. v. Billroth u. Lueche. Bd. II, p. 706.

riescito contrario al concetto, che la castrazione bilaterale favorisca il generale sviluppo: ed invero dopo un lasso di 7 mesi, dei due animali, nutriti sempre collo stesso cibo, quello castrato unilateralmente pesava 30 libbre di più dell'altro castrato completamente. Però lo stesso Hegar conviene nell'idea che — « questo risultato non ha importanza di sorta » — perchè i due animali — « non erano nè della stessa leva, nè della stessa razza » — (1).

Tornando ora, dopo questa non breve digressione, al nostro argomento, ripetiamo non essere del tutto inverosimile che, quand'anche le ovaie di donne osteomalaciche non ci presentassero anche in future osservazioni alcuna apprezzabile alterazione nè di struttura, nè di irrigazione vasale, la loro rimozione chirurgica in donna nell'età feconda possa portare effetti utili contro l' osteomalacia, in grazia di quelle sole modificazioni nello stato generale di nutrizione, che si osservano in casi di climaterio artificiale.

Lo stesso Fehling confessa, come già dicemmo, che fino ad ora nè l' esame macroscopico, nè quello microscopico delle ovaie estirpate da donne osteomalaciche hanno saputo rivelare in questi organi alcuna speciale lesione: quell'istessa abnorme ricchezza e varicosità nel territorio vasale delle dipendenze uterine, a cui il Fehling concede importanza, non vennero riscontrate nei miei due casi, nè le vidi accennate nel diligente lavoro di Hoffa a proposito del caso suo e di quelli di Müller. Il Winckel poi, nella discussione su questo tema, al Congresso di Berlino, non solo ha assicurato che nei suoi due casi non eravi alcun fatto congestizio ai plessi del legamento largo, ma espresse altresì la convinzione che tale fatto, ove esista, debba essere semplicemente secondario alla elevazione dell'utero, che si riscontra in simili casi, e che, tra parentesi, facilita immensamente l'esecuzione della castrazione.

Contro la mia ipotesi si potrebbe, a dir vero, obbiettare: che l'assenza o l'incostanza di lesioni può dipendere dalla insufficienza dei nostri mezzi di esame, — che ovaie normali ponno essere punto di partenza di grave nevrosi, — che l'alterazione nelle ovaie può essere soltanto funzionale e rappresentata, come vuole il Fehling, da una patologica esaltazione nella attività di tali organi, — che infine una vera lesione anatomica, come

---

(1) Hegar. Op. cit., p. 1438.

avvenne per casi di morbo di Basedow, potrà forse riscontrarsi in future autopsie nel sistema nervoso centrale e più particolarmente alla regione bulbo-protuberanziale, che è il confluente della maggior parte dei vasomotori ed il luogo di concatenazione di quasi tutte le azioni neurospastiche e neuro-paralitiche.

Ma i fatti clinici, come si presentano alla nostra osservazione, non parlano assolutamente a favore del concetto, che l'osteomalacia sia una nevrosi *riflessa*, avente il suo fomite di origine nell'ovaio. Basti il dire che noi vediamo insorgere ed aggravarsi l'osteomalacia durante la gravidanza, cioè in quell' epoca in cui vera ovulazione non esiste, limitandosi forse il lavoro ovarico ad una insufficiente maturazione di follicoli senza il fenomeno della deiscenza dei medesimi (1). Dopo il parto il contrasto è ancora più evidente: se la donna, affetta da osteomalacia, non allatta, la malattia tende a migliorare, a malgrado che ovulazione e mestruazione ripiglino il loro metro: se la donna allatta, la malattia per solito si aggrava, per quanto, durante questo periodo, l'attività genitale sembri, come dice Tarnier, accaparrata dalle mammelle, e l'ovulazione si compia in modo silenzioso, per solito senza neppure la concomitanza del fenomeno mestruazione.

Il Fehling invoca a sostegno della propria tesi l' argomento della maggiore fertilità delle osteomalaciche, quale espressione di una esaltata attività ovarica. Ma non è forse più semplice il pensare che appunto l' eccessivo lavoro di riproduzione, quando specialmente non sia compensato da una alimentazione riparatrice, quando la donna tragga la vita fra patimenti e privazioni, possa portare uno sbilancio disastroso nei fenomeni di nutrizione e cospirare con altre cause alla insorgenza dell'osteomalacia?

Nè si deve dimenticare che l'osteomalacia per quanto più raramente colpisce però anche donne nullipare (2), e per cause che non dimostrano alcuna relazione colle vicende della vita sessuale.

Valgano ad esempio la seconda delle due storie cliniche, che for-

---

(1) Bertè e Cuzzi. « Contrib. alla anatomia dell' ovaio della donna gravida. *Rivista clinica di Bologna*, 1884, N. 7, p. 587.

(2) Nella statistica di Litzmann le nullipare figurano in numero di 35 su 120 donne: in quella di Collineau 14 su 43 — in quella di Durham sonvi 41 casi su 132 nei quali l'osteomalacia ha colpito donne nè gravide nè puerpere da pochi giorni.

mano tema della presente mia pubblicazione, ed anche l'importantissimo caso osservato e pubblicato nel 1864 dal Taruffi (1). In quest' ultimo trattavasi di donna *nubile*, di 50 anni; — l'avere dessa abitato per molti anni pianterreni umidissimi, l' avere grandemente faticato in filande di seta, furono nel caso di Taruffi le cause più probabili della grave osteomalacia, che in circa un anno trasse a morte la paziente. (Anche in questo, come nel mio caso, abbenchè non si trattasse di osteomalacia puerperale, la pelvi appariva notevolmente deturpata).

Ricorderò ancora, contro la ipotesi di Fehling, i casi di osteomalacia nell'uomo: osteomalacia, che credo non abbia presentato essenziali differenze cliniche ed anatomo-patologiche da quella che si verifica nell' altro sesso (2), e che non vorrà essere certamente considerata, per criterio di analogia, come una trofoneurosi, avente sua origine dai testicoli.....

Infine anche i preziosi studi di Maresch, di Roloff, di Haubner sulla osteomalacia degli animali, depongono sfavorevolmente alle idee di Fehling, dimostrando come la malattia in discorso possa trarre origine da malsana qualità degli erbaggi, da deficenza negli stessi di fosfati di calce, mentre nulla appoggia in tali casi il concetto di una trofoneurosi in relazione ad esaltata attività dell'apparato riproduttore.

Ripeto: dei benefici effetti della castrazione sull' osteomalacia può essere data una spiegazione, forse più convincente, rinunciando all'idea che l'osteomalacia sia una nevrosi di origine ovarica, devoluta all' eccitazione riflessa dei nervi vaso-dilatatori dei vasi sanguigni dell'ossatura. La *mollities ossium* — sia poi dessa essenzialmente rappresentata da un peculiare processo di osteite o di osteomielite, o meglio devoluta ad insufficiente assunzione od eccessiva eliminazione di principî mineralizzatori nell'ossatura — insorge e fa progressi, a mente nostra, per tutti quei momenti causali (alimentazione insufficiente, procreazione eccessiva, patemi profondi, freddo-umido, cause endemiche, ecc.), che l' os-

---

(1) Taruffi. « Osservazione anatomica di un caso di osteomalacia. » *Bullett. Scienze Mediche*. Bologna, 1864, p. 401.

(2) Nella statistica raccolta da Litzmann si trovano sopra 131 casi 11 appartenenti al sesso maschile; 7 su 50 figurano nella statistica di Collineau, e 13 su 145 in quella di Durham. Un caso di osteomalacia in uomo di età assai giovane (Eleuterio Ciotti, di 22 anni, romano), venne osservato e descritto dal Maggiorani (Veggasi: « Enciclop. med. ital. » del Vallardi. Artic. Osteomalacia, p. 649).

servazione clinica fin qui ci ha suggerito e che non hanno colla vita ovarica che relazioni affatto indirette. L'influenza neuro-trofica, avente sua origine dal plesso ovarico, non verrebbe in scena che più tardi, quando cioè il chirurgo si decide alla demolizione delle ovaie, e con ciò alla brusca soppressione nella inferma della vita sessuale. Per intermezzo allora del sistema ganglionare avrebbero luogo in modo pronto quelle modificazioni trofiche generali, che noi non conosciamo che in modo imperfetto, e che costituiscono l'essenza del cosidetto *climaterio artificiale.* E tali favorevoli modificazioni nutritizie, probabilmente di natura riflessa, devono essere profondamente avvertite in grembo alla ossatura e più specialmente nella parte midollare, nella quale le splendide ricerche dell'istologia moderna ci hanno rivelato l'esistenza di un intenso movimento nutritizio, il quale a sua volta non può essere che subordinato alla influenza del sistema nervoso. Non ho che a ricordare in proposito gli studi pregevolissimi del Bizzozzero e di Neumann sulla funzione emopoetica del midollo delle ossa: i quali studî trovarono e trovano conferma anche nel campo patologico, come, per citare un esempio, appare nel caso recentemente narrato da Knott, in cui dietro un processo di osteomielite cronica diffusa si ebbe il corso letale di un'anemia perniciosa, con ogni probabilità devoluta alla preesistente lesione di un esteso laboratorio emopoietico, come può essere ritenuto il midollo delle ossa (1).

Agli accennati fenomeni riflessi, che susseguono per primi alla castrazione e che spiegano la rapidità sorprendente, onde si verificano i primi miglioramenti nelle operate, si aggiungono più tardi altri fatti pure grandemente propizii alla guarigione dell'osteomalacia. Rimosse infatti per via chirurgica, le ghiandole sessuali, l'estenuato organismo dell'inferma viene a risentire ben presto i vantaggi, che risultano non solo dal risparmio delle perdite sanguigne mestruali, ma benanche dalla cessazione di quell'intenso e prolungato lavoro, che durante l'ovulazione si compie nell'apparato genitale interno e che si traduce nell'orgasmo nerveo-vascolare di queste parti, nella maturazione e deiscenza dei follicoli, e fors'anche nell'incessante riproduzione del caduco parenchima

---

(1) Knott. *British med. Journ.*, 1 febbraio 1890. In: *Rivista gen. italiana di clinica medica,* diretta dal prof. Grocco. N. 3, 1890, p. 70.

dell'ovaio. È un concetto, che venne già espresso da Raciborski a proposito di quella, che l'A. chiama *pletora nervosa* delle donne alla menopausa. L'innervazione del grande simpatico, così pensa il Raciborski, privata dell'importante sfogo, che gli presentava periodicamente l'orgasmo ovarico, diffonderebbe l'eccesso di sua forza sopra altre funzioni, le quali a loro volta, per la loro iperattività, verrebbero ad assicurare al sistema ganglionare il suo perfetto equilibrio (1).

È inutile infine aggiungere come la tolta possibilità di nuove gravidanze valga, come la migliore risorsa profilattica, a scongiurare il pericolo di nuovi peggioramenti.

Non mi nascondo che anche questa mia spiegazione dei curiosi rapporti, che l'osservazione clinica ci rivela tra castrazione ed osteomalacia, risente di quella stessa indeterminatezza, che lamentiamo nelle attuali nostre cognizioni in questo genere di argomenti, ed in ispecial modo, in quelli della genesi dell'osteomalacia — della fisiopatologia del sistema ganglionare — e dei rapporti tra il trofismo generale e la vita delle ghiandole sessuali.

Gli è per tale indeterminatezza di fatti e di ragioni che io debbo qui ripetere la conclusione, a cui giunsi anche nella mia comunicazione sull'istesso argomento al Congresso di Berlino, che cioè, *pure intravedendosi l'importanza che in questo oscurissimo tema si deve concedere al complesso di quei fenomeni che diciamo neuro-trofici, non è concesso per ora che presentare la castrazione in casi d'osteomalacia se non come una risorsa curativa tuttora affatto empirica, però molto efficace e sotto molti riguardi anche razionale.*

Chiudo augurando che presto nuovi fatti e nuovi studi abbiano a portare un po'di luce su questo difficile ed importantissimo argomento.

---

(1) In : Icard. « La femme pendant la période menstruelle. » Paris, 1890, p. 126.

Un caso d'isteropexis per retroversione d'utero con aderenze

Nota Clinica del Dott. GIUSEPPE RONCAGLIA

Docente libero in Ostetricia,
Medico Assistente nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Modena

---

Il motivo che mi consiglia alla pubblicazione di questa nota clinica intorno ad un caso di isteropexis per utero retroverso aderente, non è già il proposito di somministrare alla letteratura ginecologica un ulteriore contributo per ciò che riguarda l'indicazione di una tale operazione, giacchè è noto che se questo atto operativo è stato proposto ed eseguito anche in casi di utero retroverso non aderente, o di utero prolassato, dalla maggior parte dei ginecologi è ritenuto appunto riservato a quelli di utero aderente, bensì il desiderio di far conoscere il risultato felice di un'operazione finora non anche resasi comune in Italia.

A.... B...., ha 40 anni ed è nata a Modena; ricorda d'aver cominciato a soffrire di leucorrea abbondante a 7 anni d'età, come pure che da bambina aveva numerosi ingorghi glandulari al collo, e che nella stagione estiva poi, per un nonnulla andava soggetta a febbri ed a digestione penosissima.

A 15 anni fu mestruata; lo scolo sanguigno era preceduto e accompagnato da dolori forti, e durava 5 giorni, ripetendosi sul principio 2, 3 e fin 4 mesi; a questo proposito anzi rammenta d'aver avuto a 19 anni un'amenorrea di 10 mesi. A 23 anni però le mestruazioni si fecero regolari, succedendosi ogni 27 o 28 giorni, sempre però dolorose, precedute e seguite da leucorrea. Andò a marito all'età di 28 anni, e poco appresso la leucorrea si fece più copiosa, e le mestruazioni più frequenti tanto che comparivano ogni 19, 20 giorni. Non fu mai gravida,

e non partecipò mai al piacere sessuale durante il coito; sentiva invece appettiti venerei anormali, come stimoli al clitoride, che taluna volta soddisfaceva dandosi all'onanismo, e tal'altra sfogavansi spontaneamente facendole in questo caso provare la sensazione di un'ondata di liquido che le uscisse dai genitali. Quello però che maggiormente è strano si è che analoghi stimoli venerei sentiva all'ombelico, e soddisfaceva toccandosene la pelle circostante o forandosela con degli spilli, e ciò fino dalla tenera età di 8, 10 anni. Ad ogni mestruazione provava dolori forti alle glandole inguinali di destra, che erano e sono sempre un po' ingrossate.

Già prima di prender marito, le mestruazioni come ho detto, erano accompagnate da dolori alle reni ed al ventre, ed anche da un'algìa speciale nella regione dell'ano, algìa che si esacerbava nell'atto del defecare e del coito. A questi sintomi locali ben presto se ne aggiunsero altri generali, come senso di debolezza in tutto il corpo, di confusione al capo, di bolo e di chiodo isterico, dispepsia e vera denutrizione.

Nel 1886 le fu estirpato un polipetto mucoso dal muso di tinca. Nel giugno del 1887 io vidi per la prima volta questa ammalata e diagnosticata una retroversione di terzo grado con endometrite catarrale, tentai il raddrizzamento dopo aver con adatta cura migliorato di molto la vasta erosione al collo e diminuito lo scolo; parve infatti che l'utero si raddrizzasse completamente, ma applicato un adatto pessario, dopo poche ore dovetti toglierlo perchè l'utero si retrofletteva su di esso e la paziente provava intensissimi dolori. Cominciò allora una serie di miglioramenti e peggioramenti, e questi per lo più coincidenti coi tentativi di riduzione dell'utero; fu la povera donna più volte per interi mesi obbligata a letto per veri sintomi di iperemia al peritoneo pelvico, sintomi che comparivano anche durante le mestruazioni. Nell'aprile 1888 volli tentare la cura dell'endometrite, e fatta la dilatazione del collo colla laminaria mi accinsi ad iniettare una soluzione normale di percloruro di ferro, ma appena iniettatane (con cannula a doppia corrente) poche goccie, l'inferma fu presa da violenti dolori addominali che mi consigliarono a smettere tosto; questi dolori continuarono meno forti per 2, 3 giorni e cessarono coll'applicazione del ghiaccio sul ventre e con clisteri di 2 grammi l'uno d'antipirina. Non cessò per altro la lunga serie dei disturbi suesposti, che ad ogni comparsa mestrua si aggravavano obbligando la donna per molti giorni al letto. Gli stimoli venerei all'ombelico sparirono per altro affatto dopo che ebbi praticato cauterizzazioni punteggiate intorno ad esso col Paquelin. Anche gli stimoli al clitoride diminuivano d'intensità e frequenza facendo prendere all'inferma alte dosi di bromuro di canfora; cura quest'ultima che più volte dovetti riprendere perchè dopo poco che veniva smessa, l'appetito venereo anomalo si riaffacciava prepotente.

Nel giugno del 1889 decisi di tentare nuovamente la riduzione dell'utero; ed infatti afferrato il muso di tinca al labbro anteriore con una pinza americana, ed introdotto l'indice della mano sinistra nel retto, messa la donna in posizione genu-pettorale, tirando indietro il collo, mentre il dito nel retto spingeva il corpo uterino in avanti, la riduzione si otteneva fino a portare il fondo della matrice in quasi perfetta antiversione; ma si avvertiva che se il dito cessava attraverso il retto di spingere in avanti l'utero, e la mano libera attraverso il ventre ne teneva stirato in avanti il fondo, ad un certo punto del retto situato a sinistra della linea mediana si era formato un piccolo infossamento che si accentuava se la mano esterna faceva opera di attrarre maggiormente il fondo verso il pube, come se appunto un lungo nastro tenesse legato la faccia posteriore dell'utero all'anteriore e sinistra del retto. Inoltre la mano esterna durante il palpamento bimanuale avvertiva appunto indietro ed a sinistra una resistenza, dolente, che si tendeva quando l'utero era portato in antiversione, ed alla quale dovevasi se l'organo, appena abbandonato a sè subito si retrovertiva. Applicai tuttavia un pessario Hodge; e nei giorni seguenti, quantunque ad ogni esame trovassi l'utero un po' retroflesso, mi era facile tirarlo in avanti, e quivi a lungo mantenerlo a mezzo della mano esterna. Speravo così di potere a poco a poco allungare quest'aderenza, e ridurla al punto di permettere una antiversione stabile. L'ammalata in questo periodo migliorò rapidamente di tutti i suoi disturbi; ebbe anche una mestruazione non dolorosa, e per la prima volta partecipò ai piaceri venerei del coito. Senonchè dopo un mese e mezzo circa, nell'agosto, essendomi io allontanato da Modena, fu presa di nuovo dai soliti dolori al basso ventre ed avendo voluto ostinarsi a tenere egualmente il pessario, al mio ritorno a Modena, alla fine dell'agosto, la trovai ricaduta nello stato di prima e coll'utero perfettamente retroverso. Tolsi il pessario; feci fare una lunga cura col ghiaccio sul ventre; rifeci nell'inverno di nuovo la dilatazione dell'utero colla laminaria, ed irrigazioni semplicemente antisettiche dell'endometrio, e anche per due volte scarificazioni al collo, essendovi manifesti segni di forte congestione uterina. Da tutti questi mezzi terapeutici non ottenni che la guarigione della leucorrea, restando gli altri fatti morbosi inalterati.

Fu nella primavera allora che, vista la perfetta inutilità delle cure praticate, visto il genere di vita alla quale la povera paziente era obbligata, cioè di trascorrere la vita dal letto al lettuccio senza poter godere un sol giorno di benessere, e neppure la pace domestica, chè il marito stanco di sì lunga malattia accennava a non curarsi più della povera inferma, esposi a questa ed a quello la necessità di ricorrere ad un atto operatorio grave, quale si è la laparotomia per staccare le aderenze dell'utero e rimettere questo in posizione normale. Prima

però di far questo, desiderava esaminare la paziente cloroformizzata per stabilire una diagnosi più precisa ed anche per provare se colle manovre bimanuali alla Schultze fossi riuscito a rompere le aderenze, quantunque in tali manovre io abbia una fede molto limitata e le ritenga capaci di produrre effetti dannosi.

Al momento però di cloroformizzarla, la paziente si rifiutò, e non potei eseguire, in compagnia del prof. Fabbri che avevo pregato di veder meco l'ammalata, il piano prefissomi.

La proposta dell' operazione fu accettata dalla paziente e dalla famiglia purchè venisse eseguita a domicilio. Fatti quivi tutti i preparativi necessari, il 18 giugno alle 8 antim., assistito direttamente dal mio maestro prof. Fabbri, dai dott. Nasi e Benvenuti e dalla levatrice Maestra della Clinica, mentre il dott. Giorgi cloroformizzava diedi principio all'atto operatorio (1). L'operanda venne stesa sul letto colla testa immediatamente sotto ad una finestra per poter avere così raccolta la luce, nella maggior quantità possibile, nel piccolo bacino. L'apertura del ventre la praticai esattamente dal bellico al pube (14 centim.), con appositi cuscinetti di garza spostai in alto le anse intestinali, non riescendo però a liberare completamente il piccolo bacino. I muscoli retti anteriori dell'addome erano talmente tesi e duri, quantunque la cloroformizzazione fosse completa, e si fossero flesse alquanto le coscie, da rendere difficilissimo, direi impossibile, dominare con più di due dita la piccola pelvi.

Praticai allora, sull'esempio del prof. Novaro, la miotomia del muscolo retto di sinistra ad un dito trasverso circa dalla sua inserzione inferiore; potei così un poco meglio dominare il campo operativo. Sentii allora l' utero completamente retroverso, lo rialzai alquanto, e ben presto mi accorsi che a mezzo centimetro al disotto del fondo e un po' a sinistra, dalla sua faccia posteriore si staccava un nastro stretto ma alto quasi 2 centim. e si portava allargandosi sul limite sinistro del retto; al disotto di detto nastro, ma da questo isolate avvertii altre piccole briglie che dall'utero pure andavano al retto, e che facilmente venivano rotte dalle dita. Il nastro suddetto per altro presentava una resistenza singolare e per quanta forza la mano facesse esso non si lasciava lacerare. Allora con un ago ottuso montato su un portaghi dal prof. Fabbri passai sotto ad esso un doppio laccio di seta, e lo recisi colle forbici fra le due allacciature. Mobilizzato così completamente l'utero lo portai in antiversione; enucleai un piccolissimo fibroma situato sul fondo, ed applicai un punto di sutura sul luogo dell'enucleazione; da ultimo fissai l'utero nel modo seguente: Con un ago lungo e puntuto

(1) Ringrazio ora l'amato maestro ed i gentili colleghi della loro saggia assistenza.

in cui era infilzato un doppo laccio grosso di seta; trafissi il labbro sinistro della ferita addominale, impiantando l'ago al disopra subito del piano aponeuretico a 2 centim. dal pube e facendolo entrare nella cavità peritoneale a 2 centim. dal bordo di sezione; trafissi l'utero collo stesso ago dal corno sinistro al destro, vicino al suo fondo, senza penetrare nella cavità dell' endometrio, poscia feci sortire l' ago attraverso al labbro destro al disopra dello strato delle aponeurosi. Praticata accurata toeletta peritoneale coi cuscinetti di garza, mi accinsi alla sutura addominale, che praticai a strati; e così prima unii a sfilzetta lo strato peritoneale, mentre il prof. Fabbri teneva continuamente tesi i capi del laccio passante per l'utero, per impedire che ricadendo questo indietro un' ansa intestinale non venisse a mettersi fra esso e la parete addominale; unii con sutura continua a meandro i piani muscolari, e con punti a sfilzetta i 2 monconi del muscolo retto di sinistra diviso. Suturai a sfilzetta i piani aponeuretici fra loro in modo da coprire esattamente la linea di sutura muscolare; annodai allora strettamente i capi del laccio uterino, che poi venne ricoperto dal connettivo sottocutaneo riunito con punti continui; da ultimo suturai lo strato cutaneo.

Eseguita la medicatura, l'operata venne rimessa nel proprio letto, ove in breve si svegliò.

Riassumendo in poche parole il decorso consecutivo dirò che la temperatura, tranne alla sera del primo giorno in cui salì a 37.8, rimase sempre normalissima. Il polso valido non diede mai un numero di pulsazioni al minuto superiore alle 75. Il ventre sempre piatto ed indolente. Si ebbe un po' di gastrite che dopo 5 giorni migliorò, ma ricomparve alla 10.ª giornata per un lieve disordine di dieta, ed obbligò la operata ad una serie di cure dietetiche, che le permisero di lasciare il letto solo in 20.ª giornata.

In 5.ª giornata io applicai un adatto pessario a leva di Hodge, e trovai l'utero in perfetta antiversione, nel cavo del Douglas un piccolo indurimento un po' dolente al tocco.

L'operata non ebbe più dolori nè al ventre, nè all'ano; le mestruazioni che comparvero 7 giorni dopo l' operazione, ed alcuni giorni fa, decorsero normalissime; non sentì più stimoli onanistici, ma bensì partecipò con piacere agli amplessi coniugali. Già da molti giorni ha potuto uscire per lunghe ore a passeggio a piedi, cosa che da anni non poteva più fare. In breve l'operata, trascorsi due mesi, si dichiara tornata da morte a vita.

L' utero è in posizione perfettamente normale, e ciò non sòlo per l'asse ma anche per l'altezza, giacchè quantunque esso sia adeso alla parete addominale, il collo non è punto stirato più in alto di quello che sia nei casi normali; notisi che la lunghezza dell' utero era di 7 centim. Possono imprimersi lievi movimenti al collo senza che la donna accusi dolore.

Spero che questo risultato sia duraturo, e m'auguro di poterlo anche, trascorso molto tempo, segnalare fra gli esiti stabili.

I processi operativi per la fissazione dell' utero raddrizzato, alla parete addominale anteriore, sono stati classificati nel modo seguente dal Pozzi (1):

1.° Processo della fissazione indiretta (Koeberle, Klotz) ossia fissazione alla parete addominale del peduncolo della tromba od ovaia escise.

2.° Processo della fissazione diretta del corpo uterino pei suoi bordi, con suture affidate alle due corna dell'utero (Olshausen-Saenger).

3.° Processo della fissazione diretta dell'utero, pel suo fondo, alla parete addominale (Leopold).

Ai quali deve aggiungersene un

4.° Processo di accorciamento endo-addominale dei legamenti rotondi (Ruggi) (2).

Abbracciato in massima il partito di procedere all'operazione, non potei naturalmente stabilire in precedenza di quale processo valermi; infatti avrei accettato quello della fissazione indiretta, usato testè in Italia dal Cuzzi (3), se avessi trovato indicazione di asportare trombe od ovaie; ma avendo rinvenuto questi organi normali, mi decisi di praticare o quello del Ruggi o quello del Leopold.

Dissi già descrivendo l'atto operativo, come, quantunque l'incisione della parete addominale giungesse sino al pube e di più avessi staccato dalla sua inserzione inferiore uno dei muscoli retti dell'addome, come consiglia il Novaro, per dominare meglio il campo della piccola pelvi, tuttavia vidi che mi sarebbe riuscito quasi impossibile porre una sutura fra il punto del legamento rotondo che sta per penetrare nell' anello inguinale interno, ed il tratto di esso che staccasi dall' utero, appunto per la tensione delle pareti addominali non distese in precedenza da causa alcuna. Anche in un caso pubblicato dal prof. Cuzzi si accenna

---

(1) « Retroflexion utérine irreductible. Opération d'Olshausen. » Guérison par Picqué, rapport par Pozzi *(Bull. de la Soc. de Chir.*, t. XIV, N. 12, pag. 935).

(2) « Sulla cura endo-addominale di alcuni spostamenti uterini. » (Ruggi). Bologna, 1888. — « Intorno alla cura della retroflessione dell'utero ed ai risultati ottenuti col processo Ruggi. » (Micheli). *Riforma Medica*, N. 6 e 7, 1889.

(3) « Un caso di isteropexis per retroflessione uterina. » (Cuzzi). *Rivista d'Ostetricia e Ginecologia*, N. 3 e 4, 1890.

al fatto che il processo Ruggi (1) sarebbe in tali condizioni riescito impossibile. Mi attenni allora al processo Leopold (2), il quale pone d'ordinario 3 fili di seta nel modo seguente; l'ago entra pel labbro sinistro dell'apertura addominale, attraversa in tutta la sua lunghezza la faccia anteriore dell'utero all'altezza delle trombe e riesce sul labbro diritto della ferita addominale; in questo tragitto il filo non deve interessare che la sierosa uterina ed una parte della muscolatura. Il Leopold ha operato tre donne affette da retroflessione, con questo processo, e dopo un anno l'utero era attaccato, quantunque vi scorresse alquanto, alla parete addominale, e non esisteva disturbo funzionale degli organi vicini. È noto che il Terrier (3) ha modificato questo processo del Leopold, per applicarlo anche ai casi di prolasso d'utero, suturando tutta la parete anteriore dell'utero alle labbra della sezione addominale questo processo che si avvicina molto a quelli di Lawson-Tait, Henning, Czerny, ne differisce però in certi punti. In esso le suture comprendono tutta la parte anteriore dell'utero dall'istmo al fondo, il catgut viene impiegato in luogo della seta, infine la sutura dell' utero vieni; inclusa nella ferita addominale, essendo questa stretta al disopra di ciascuna delle anse di catgut.

Io mi attenni al processo Leopold non modificato, senonchè attraversai una sol volta il tessuto della parete anteriore dell'utero vicino al fondo con un ago in cui era infilato un grosso laccio doppio di seta, e strinsi il nodo di questo, quando ebbi chiuso a sfilzetta il peritoneo e suturati separatamente il piano muscolare ed aponeuretico della parete addominale. Un solo laccio ma grosso fa, a mio parere, ciò che ponno fare tre punti separati, colla differenza che maltratta meno la parete uterina. D'altronde nel mio caso l'utero aveva tendenza a mantenersi retroverso solo per l'esistenza di quel nastro fibroso che lo legava al retto; tolto questo era sperabile che bastassero poche aderenze in avanti ed il pessario, per obbligarlo a rimanere antiverso. Dopo 5 giorni infatti dall'operazione applicai un pessario di Hodge ben adatto, che anche

---

(1) Lav. cit.

(2) « Ueber die operative Annähung der retroflektirten Gebärmutter an der vorderen Bauchwand. » *Centr. fur Gyn.*, 17 mars, 1888.

(3) « Fixation de la paroi antérieure de l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure dans le traitement du prolapsus utérine. » (F. Terrier). *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, t. XIV, N. 12, pag. 889.

oggi (3 mesi dopo) la donna continua a portare. « Il criticare l'uso del « pessario in questi casi vale quanto criticare l'impalcatura che sostiene « una volta fintantochè è costruita di fresco » dice il collega dott. Bompiani (1) in un suo recentissimo lavoro (bensì sull'operazione di Alexander, ma la citazione calza a capello) ed io divido completamente questa sua convinzione. « Il pessario in questo caso non fa che so- « stenere tutto l'utero e mantenerlo antiverso, ed impedisce che il suo « peso eserciti una trazione precoce sulle parti di recente riunite. » D'altra parte mentre nella mia donna il pessario prima dell'operazione era causa di dolori insopportabili ora è tollerato al punto che la donna non si accorge d'averlo, ed esige solo l'unico incomodo di un'irrigazione vaginale antisettica ogni mattina.

Quanto ai disturbi dell'urinazione nella mia operata non se ne avvertirono. Solo nei primissimi giorni essa provava il bisogno di urinare ogni 2 ore al più, e se l'infermiera non era pronta a porgerle la padella, l'urina usciva spontaneamente. Questo fatto dopo 5 o 6 giorni scomparve, ed ora la donna urina solo volontariamente ogni 3 o 4 ore; quando però si decide ad urinare non avverte dolore o senso di ripienezza nell'urocisti ma lo fa perchè io le ho appunto prescritto di svuotare spesso la vescica. Il mingere è scevro di dolori, facile e pronto.

Prima di finire desidero far notare anche una volta la coincidenza che nella donna, oggetto di questa nota, era manifesta fra gli appettiti onanistici e la mancanza del piacere sessuale durante il coito, e lo spostamento uterino. Infatti, quando un anno fa io ridussi l'utero, misi il pessario, ed ogni giorno togliendo il lieve grado di retroflessione mantenevo bimanualmente a lungo l'utero antiverso, gli stimoli solitari non esistevano e la donna giaceva, forse per la prima volta, con piacere col marito. Ricaduto l'utero in retroversione riapparvero gli stimoli sessuali anormali che poi sono scomparsi affatto dopo l'atto operativo.

Lungi dal tentare una spiegazione del fenomeno stranissimo e di cui non mi è occorso legger nulla in proposito, io non faccio che sottoporlo all'attenzione dei Ginecologi.

---

(1) « Delle operazioni cruente per cura delle retroflessioni dell'utero ecc. » (BOMPIANI). *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* N. 7, 1890.

I primi 15 mesi del Comparto Ostetrico-Ginecologico

dell'Ospedale Maggiore di Milano

DIRETTO DAL PROF. **LUIGI MANGIAGALLI**

Ottobre 1888 - Dicembre 1889

RENDICONTO CLINICO

DEL DOTTOR CARLO DECIO, MEDICO ASSISTENTE

(Continuazione, vedi pag. 526).

SEZIONE OSTETRICA

CLASSE I. — **Gravide ammalate.**

Il comparto ricovera le gravide ammalate, affette da qualsiasi forma medica o chirurgica, purchè sieno al 7.º mese di gravidanza, oppure le gravide in qualunque periodo della gestazione, qualora presentino minaccia di aborto o di parto prematuro od abbiano malattie dell'apparecchio della generazione.

Ognuno veda quindi, da questo enunciato, quale sia l'importanza di questa sezione ospitaliera, per lo studio della patologia gravidica.

Le malattie della gravidanza sogliono dividersi in due grandi categorie, secondo che si tratti di *malattie accidentali in gravidanza,* o di *malattie per la gravidanza* od *intimamente legate alla medesima*; in un rendiconto, ho preferito classificare le osservazioni di patologia gravidica, a seconda degli apparati colpìti. Altre entità morbose di indole essenzialmente ostetrica, quali la placenta previa, l'idramnios, ecc., vennero raggruppate a parte.

DIAGNOSI	Numero delle gravide ammalate		Totale	Morte
	che partorirono in comparto	che non partorirono		
Apparato nervoso.				
Nevralgia lombo crurale	1	—	1	—
Emiplegia da emorragia cerebrale . .	1	—	1	—
Epilessia	—	1	1	—
Melanconia	—	1	1	—
Organi dei sensi.				
Panoftalmite	1	—	1	—
Ulcera corneale	—	1	1	—
Apparato circolatorio.				
Varici	—	1	1	—
Pericardite	1	—	1	1
Cardiopatie organiche	5	—	5	—
Distrofie costituzionali.				
Idroemia	1	1	2	—
Cloroanemia	—	1	1	—
Oligoemia	1	1	2	—
Pellagra.	1	—	1	—
Apparato respiratorio.				
Congestione polmonare	—	1	1	—
Catarro bronchiale	2	4	6	1
Pleuro-polmonite	1	2	3	—
Pleurite secca	—	1	1	—
Polmonite	1	—	1	—
Tubercolosi polmonare	11	4	15	—
Enfisema polmonare	1	—	1	—
Apparato gastro enterico.				
Stomatite	1	—	1	—
Ittero da catarro gastro duodenale . .	—	1	1	—
Catarro intestinale	1	—	1	—
Da riportarsi N.	30	20	50	2

DIAGNOSI	Numero delle gravide ammalate		Totale	Morte
	che partorirono in comparto	che non partorirono		
Riporto N.	30	20	50	2
Catarro gastrico	—	7	7	—
Enterite	1	1	2	—
Entero-colite cronica.	—	1	1	—
Coprostasi	—	1	1	—
Apparato sessuale ed orinario.				
Ascesso della Gh. del Bartolini . . .	—	1	1	—
Prolasso delle pareti vag. ant. e post. .	—	1	1	—
Retroversione	—	1	1	—
Carcinoma uterino	2	—	2	1
Edema meccanico dei genit. est. . . .	—	1	1	—
Ovaro-salpingite	—	1	1	—
Cistovario	—	2	2	—
Cisti della vagina.	—	1	1	—
Nefrite	12	1	13	5
Eclampsia-uremia	6	—	6	3
Apparato locomotore.				
Reumatismo poliarticolare	5	—	5	1
Gonilite	1	—	1	—
Tubercolosi ossea	1	—	1	—
Infezioni acute e croniche.				
Ittero febbrile con albuminuria (malattia di Weil?)	1	—	1	1
Tifoide	2	1	3	1
Malaria	6	2	8	—
Flebite suppurata con risipola e piemia .	1	—	1	1
Sifilide	1	3	4	—
Gonorrea	—	1	1	—
Da riportarsi N.	69	46	115	15

DIAGNOSI	Numero delle gravide ammalate		Totale	Morte
	che partorirono in comparto	che non partorirono		
Riporto N.	69	46	115	15
Malattie chirurgiche.				
Mastite	—	2	2	—
Frattura del radio	—	1	1	—
Ascesso tibiale post.	—	1	1	—
Patologia ostetrica.				
Placenta previa	1	—	1	1
Aborto	7	8	15	—
Idramnios	4	—	4	1
Mola	2	—	2	1
Gravidanza normale	—	5	5	—
Totale N.	83	63	146	18

L'esposta tabella, che riunisce tante disparate forme morbose complicanti la gravidanza, fa di subito scorgere la impossibilità di uno studio completo, il quale sarebbe incompatibile coll'indole del presente rendiconto. Infatti per quanto breve possa essere, tuttavia la molteplicità delle questioni che si annodano attorno ad alcuni argomenti, per aggrupparsi alla lor volta ad altri, mi porterebbe assai per le lunghe. I rendiconti non possono essere che miniere di osservazioni alle quali si possa chiedere il materiale per illustrare speciali argomenti; e, fedele a questo concetto, accennerò solo a quei casi meritevoli di menzione e la cui lettura possa essere di utile pratico.

Mi atterrò nella esposizione all'ordine della tabella: ma prima ecco alcune cifre desunte da ricerche statistiche generali.

Dall'ottobre 1888 al dicembre 1889 furono ricoverate 146 gravide ammalate, di cui 83 partorirono e 63 lasciarono la sala senza sgravarsi. Sul numero totale si ebbero 18 morte.

Nel seguente specchio sono riunite le generalità relative all'età ed al numero delle gravidanze.

Numero delle donne	Numero delle gravidanze	ETÀ						
		15 - 20	20 - 25	25 - 30	30 - 35	35 - 40	40 - 45	45 - 50
18	I pare.....	3	8	3	—	3	1	—
21	II pare.....	4	8	4	5	—	—	—
16	III pare.....	—	6	8	1	1	—	—
17	IV pare.....	—	2	6	6	1	2	—
10	V pare.....	—	1	4	2	3	—	—
20	VI pare.....	—	1	10	3	4	1	1
7	VII pare.....	—	—	—	4	1	2	—
12	VIII pare....	—	—	1	4	7	—	—
4	IX pare.....	—	—	—	—	3	1	—
2	X pare.....	—	—	—	1	—	1	—
4	XI pare.....	—	—	—	—	3	—	1
1	XII pare.....	—	—	—	—	—	1	—
132		7	26	36	26	26	9	2

Delle altre 14 che mancano a completare il numero di 146, non venne tenuto calcolo per mancanza di dati, mancanza che si riferisce sempre a donne gravide con indisposizioni di poco o nessun conto, e che lasciano la sala subito o poco dopo il loro ingresso.

Tale specchio ci dimostra una grande prevalenza delle pluripare, contrariamente a quanto si è soliti osservare nelle maternità, cioè a dire le pluripare stanno alle primipare : : 114 : 18 ossia : : 100 : 15,78. Non credo opportuno il riportare la classificazione delle professioni delle gravide ricoverate, poichè non ho trovato fra esse e le malattie presentate rapporto alcuno. Così pure credetti bene di tralasciare altre ricerche statistiche, che ordinariamente si sogliono esporre nei rendiconti ostetrici, per la esiguità del materiale, e perchè l'importanza dei nostri casi trae quasi esclusivamente dalla patologia.

Malattie del sistema nervoso. — Fra le malattie dell'apparato nervoso, nulla occorse degno di essere particolarmente menzionato; l'epilettica, migliorata, uscì, per poi rientrare (Vedi osserv. placenta previa), la

melanconica fu mandata nel comparto freniatrico, tendendo essa al suicidio. La donna affetta da nevralgia *lombo-crurale* guarì dopo l'espulsione del feto. Nel caso di *emiplegia* da emorragia cerebrale, la gravidanza fu condotta a termine, il parto naturale, il puerperio afebbrile.

Malattie dei sensi. — Le due oftalmiche ricoverate, partorito che ebbero, ritornarono nella sala da cui provenivano per continuare la cura.

Apparato circolatorio. — Interessante fu la seguente osservazione:

Pericardite associata a pleurite sinistra, in gravida all'8° mese. Eclampsia sine albuminuria, provocazione del parto. Morte in 4ª giornata di puerperio. — Part... Stella, d'anni 35, casalinga, maritata, entra il 15 dicembre 1888. Mestruò a 16 anni. Scoli sempre regolari. È donna di costituzione soddisfacente. Ebbe 7 parti e puerperî normali, ultimo dei quali 2 anni fa. La paziente non è compos sui, piange frequentemente. La presente malattia data da 10 giorni, esordì con dolori a fascia, alla base del torace.

Non cefalea nè punti dolorosi all'uscita del 5.° pajo. Pupille reagenti normalmente allo stimolo luminoso. L'esame del torace rileva la sindrome fisica di pericardite e pleurite sinistra con versamento scarso e di ispessimento dell'apice polmonare sinistro.

Il fondo uterino è a 2 dita sovra il bellico: nel quadrante superiore destro, piccole parti fetali, nell'inferiore sinistro il battito cardiaco. Presentazione di vertice.

T. 38. Pennellature jodiche ai precordi.

Ha il polso piccolo e si lagna di cefalea gravativa (vescica di ghiaccio al capo), vista buona.

22. Pupille tarde. Qualche contrazione uterina, 37. 9.

23. Cefalalgia atroce. Polso aritmico. Non singhiozzo nè vomito. Pupilla destra più dilatata della sinistra. All'esame endoftalmoscopico si notano fenomeni di iperemia neuro retinica bilaterale. Non albumina nelle urine. Eccitanti e digitale; alle 10 e mezzo ant. è assalita da accessi convulsivi clonici alle braccia con perdita della coscienza, senza schiuma alle labbra e senza respiro stertoroso, l'occhio è smarrito e fisso, la paziente è in istato di subdelirio. Alla sera 37. 8; il collo uterino possiede tutta la sua lunghezza. Presentazione di vertice, rottura delle membrane ed introduzione di una candeletta.

24. Coma profondo, pupille miotiche, utero contratto. Dolorose le emergenze del 5° pajo.

Il parto avviene alle 6 pom., bambina, 7 mesi, O. I. S. A. secondamento per spremitura.

25. Intelligenza piena, cessata la cefalea, utero molle dolente. T. 38. P. 136. Si propinano eccitanti.

29. T. 38. 2. Polso aritmico, notasi iperestesia cutanea generale. (Digitale).

27. Miosi destra, stiramento dei tratti del viso, persiste la iperestesia, polso fiacco, muore alle 5 e un quarto pom.

Necroscopia. Aperta la scatola cranica si trova la dura madre facilmente staccabile, vuoti i seni venosi. La pia meninge presenta qualche piccolo opacamento, nessuna traccia di essudato. La polpa cerebrale congesta, negativo il reperto della metodica sezione dell'encefalo.

Aperto il torace, appare il pericardio opacato, di spessore ragguardevole. Inciso il pericardio, si estrae circa un bicchiere e mezzo (di quelli usuali) di un liquido siero-sanguinolento, in cui stanno sospesi alcuni fiocchi fibrinosi. La sua superficie interna è d'aspetto villoso. Levato il cuore questo presenta la sua superficie esterna arrossata, con placche ed asprezze atteggiate in modo bizzarro, ed in altre parti quasi sporgenze acuminate.

Il tessuto del cuore è piuttosto scolorito, molliccio, le cavità ampie. Nessun vizio valvolare.

Il polmone sinistro si leva non senza gravi difficoltà dovute a tenaci aderenze pleuriche. È assai diminuito di volume. Infiltrazione tubercolare dell'apice sinistro. Il destro iperemico, presenta ragguardevole quantità di catarro nei grossi e medii bronchi.

Il fegato pesa gr. 3110. Alla milza nulla di abnorme se si eccettua un po' di aumento nei suoi diametri.

Reni, il destro pesa gr. 230, il sinistro gr. 225. La sostanza corticale è ben distinta dalla midollare ed in taluni punti scolorita. La capsula è svolgibile con facilità. Nella massa però si mostrano iperemici. Nulla di abnorme all'apparecchio genitale. Nulla al peritoneo.

I cinque casi di *cardiopatia organica* furono tutti a carico di alterazioni della mitrale. Verificammo quivi una gravidanza gemellare interrotta artificialmente sul principio dell'8° mese, in un altro la gravidanza si interruppe spontaneamente con un aborto al 2.° mese. Tutte le donne lasciarono la sala assai migliorate.

Distrofie costituzionali. — Si presentarono due casi di *idroemia*, due di *oligoemia* ed un altro di *cloroanemia* in differenti epoche di gravidanza, solo una all'8° mese partorì spontaneamente. In un caso di oligoemia grave si provocò il parto mediante la rottura artificiale delle membrane e si osservò notevole miglioramento. Le altre gravide al disotto del 7.° mese o nel 7.° mese, migliorate lasciarono la sala senza presentare minaccia alcuna di interruzione della gravidanza, la quale

invece fu troncata pure all' 8° mese in una donna affetta da *pellagra*, che venne poscia mandata fra le deliranti, il puerperio decorse normale.

Apparato respiratorio. — Passando sotto silenzio i 4 casi di catarro bronchiale lieve, osservato in quelle che non partorirono, merita di essere notato un quinto caso in cui si ebbe il parto spontaneo all'8° mese.

L'osservazione spetta a Bo... Irene, d' anni 40, servente, maritata primipara, rachitica, nella quale il processo polmonare era complicato ad altro pleuritico. Il feto venne estratto col forcipe, il puerperio decorse apiretico, malgrado una estesa lacerazione perineale, che non si potè antivenire quantunque si praticasse la episiotomia. La perineorafia attecchì; ma la donna moriva di lento esaurimento in 40ª giornata di puerperio. L' altra donna partorì all' 8° mese spontaneamente. La tubercolosi polmonare ci diede un contingente di 14 casi dei quali 4 lasciarono il comparto senza aver partorito, e riguardavano donne gravide al di sotto dei 7 mesi. Le altre donne partorirono nell'ordine seguente:

al 9° mese	1	
all' 8° „	7	fra questi un parto bigemino
al 7° „	1	
al 6° „	1	
aborto al 5° mese	1	
	11	

I feti nacquero tutti vivi. Notisi che la tubercolosi polmonare in alcune donne era in fase assai avanzata e compagna a tubercolosi della laringe, ed erano già manifesti imponenti fenomeni intestinali. I singoli puerperî decorsero normali per quanto riguarda la sfera genitale. Solo due volte si verificò lieve emorragia *post partum*, che venne frenata col tamponamento utero-vaginale, e colle irrigazioni calde nel caso dell'aborto. Nove passarono in sala medica, e due ritornarono a casa.

Ad onta che toccassero elevatissime temperature, non si interruppe spontaneamente la gravidanza di 3 e di 7 mesi in due casi di pleuropolmonite, ma sibbene in uno di gravidanza al 6° mese in donna (Ri... Carolina) d'anni 29 VI para, entrata il 1° Ottobre 1889. Essa espulse l'uovo intiero, e le membrane vennero rotte artificialmente fuori dei genitali esterni. Al momento del parto la temperatura era di 40°. 5. Il feto femminile pesava

gr. 750, era vivo. Puerperio normale. Guarita, partiva il 16 ottobre. Nulla di rimarchevole nel caso di polmonite franca; la donna partorì precocemente.

Apparato digerente. — Nulla di notevole ci offerse il caso di stomatite in gravida, nè l'altro di ittero da catarro gastro-duodenale nè in generale le osservazioni spettanti all'apparato gastro-enterico; così, nei sette casi di catarro gastrico, non si ebbe alcuna minaccia di interruzione della gravidanza. Il parto, nel caso di enterite, fu a termine naturale e per nulla influenzato e così pure nella osservazione di catarro intestinale.

Apparecchio genito-orinario. — Fra le malattie degli organi sessuali complicanti la gravidanza, abbiamo avuto alcuni casi dei quali già si diede notizia nel corso del presente rendiconto, così ad esempio l'osservazione dell'ascesso della ghiandola di Bartolini, e l'altra di cisti della vagina (osser. 2), in cui le pazienti vennero operate. Tali osservazioni, che ora non faccio che ricordare, hanno un interesse speciale per ciò che risguarda il traumatismo operatorio in rapporto colla gravidanza, ed a tale proposito non si dimentichi la osservazione di gravidanza complicata a tumore ovarico (osser. 5) appartenente a Co... Maria, felicemente operata di ovariotomia e ehe attualmente trovasi di nuovo incinta.

È certo che il traumatismo può interrompere il normale andamento della gravidanza e dar luogo all'aborto od al parto prematuro, e gli studî di Spencer Wells, di Barnes, di Guéniot, di Cohnstein ed altri dimostrarono che ciò si osserva specialmente allorchè sienvi alcune circostanze concomitanti, quali la gravidanza gemellare, quando si tratti di gravi traumatismi con ingenti perdite sanguigne, quando il traumatismo (se operatorio) colpisca la sfera genitale. Tuttavia al giorno d'oggi tali idee si sono di non poco modificate, e se in seguito a traumatismo accidentale od operatorio avviene di osservare l'interrompersi di una gravidanza, si è inclinati ad attribuire ciò ad altre influenze, quali i susseguenti processi febbrili, le infezioni settiche e va dicendo.

Di poca importanza fu l'osservazione di edema meccanico dei genitali esterni del solo lato destro, in gravida, all'8.° mese, se si eccettua la forma strana e voluminosa che aveva assunto il grande labbro. La malata volle uscire tosto che vide detumefatta la parte, in grazia di alcune scarificazioni.

Ovaro salpingite destra in gravidanza. — Pa... Marta, d'anni 20, cucitrice, maritata, entra il 13 giugno 1888. È II para. In passato ebbe emoftoe. Abito sottile, tosse, fenomeni di ispessimento polmonare all'apice sinistro.

Da 3 dì ebbe febbri con dolori al quadrante inferiore destro dell'addome. L'utero spinto a sinistra, grosso come a gravidanza al 3° mese. Posteriormente a destra vi è una tumescenza elastica a contorni non ben definiti che si eleva ad occupare in parte il quadrante inferiore di destra e si spinge in basso nelle pelvi rasente il margine uterino. Tale massa gode di una certa quale mobilità. Dopo pochi dì volle uscire. Non si seppe alcuna notizia.

La pubblicazione già citata del prof. Mangiagalli mi dispensa dal parlare delle due osservazioni in cui la gravidanza si trovò complicata al carcinoma, e nelle quali si fu obbligati ad intervenire colla amputazione cesarea utero-ovarica alla Porro, in un caso per l'ostacolo dato dal carcinoma stesso, nell'altro per l'atresia consecutiva alla demolizione del neoplasma.

I tredici casi di *nefrite* e le osservazioni di eclampsia, meriterebbero una dettagliata esposizione, la quale ci condurrebbe per conseguenza ad occuparci in questo luogo delle complesse questioni che riguardano questo argomento, ma siccome mi sono proposto di non addentrarmi per ora in alcuno degli argomenti speciali della patologia gravidica, non farò che esporre alcuni dati sommari, limitandomi a riportare in extenso le osservazioni più importanti.

Nefrite. Caso I. — Gravida all'8° mese in travaglio. (Sta... Maria, anni 39, I para, 16 agosto 1889), parto prematuro, puerperio afebbrile. Scomparve poi l'albumina.

Caso II. — Cur... Giuseppa, d'anni 28, entra il 20 ottobre 1888, è VI para. Ebbe già edemi nelle gravidanze antecedenti. Ora è anasarcatica con annebbiamento della vista, ed ha elevazioni termiche. Si introduce nell'utero una candeletta, ed al giorno successivo si rompono le membrane. Parto normale, puerperio regolare, scomparsi gli edemi, la albumina va scemando.

Caso III. — Mar... Maria, anni 31, contadina, giunge gravida per la 7ª volta, in travaglio il giorno 8 agosto 1889. È in stato grave per dispnea, si provoca il parto coll'introduzione di una candeletta, indi si rompono le membrane, e per le languide contrazioni si pratica un'applicazione

di forcipe, feto prematuro asfittico non rianimato. La donna morì il giorno successivo all'ingresso.

Caso IV. — Sgarb... Emilia, d'anni 21, gravida al 6° mese, entra il giorno 11 settembre 1888. Sofferse di nefrite antecedentemente. Riuscite vane le cure mediche, si aggrava d'improvviso, sguardo smarrito e spento. Segni fisici di idrotorace, si provoca l'aborto metodo Krause, questo avviene il 17 ottobre. La malata morì il 26 ottobre non essendosi modificate le condizioni generali.

Caso V. — Ro.. Carolina, d'anni 35, entra il 26 novembre 1888, gravida al 7° mese. Si istituì la diagnosi di nefrite in gravidanza gemellare. Idramnios acuto. Morte improvvisa in puerperio. Una prossima pubblicazione del dott. F. Villa mi dispensa dal riferirne la storia interessante per molti riguardi.

Caso VI. — Ro... Maria, d'anni 34, entra il giorno 8 dicembre 1888, è VII para, è in condizioni deplorevoli, si tenta la provocazione del parto, la donna si aggrava. Muore. Taglio cesareo post-mortem, feto morto.

Caso VII. — Fras... Annunciata, d'anni 27, entra il 17 febbraio, è III para, si istituisce la diagnosi di nefrite complicata ad infezione palustre, ad adiposi del miocardio e ad edema polmonare. Essa è all'8° mese. Aggravasi e muore. Taglio cesareo post-mortem. Feto morto.

Caso VIII. — Fil... Teresa, d'anni 41, I para, entra il 14 dicembre 1888, in travaglio. Albuminuria, feto ottimestre, macerato, estrazione strumentale (perforazione, cranioclaste). Scomparsa dell'albumina, guarigione.

Caso IX. — Gual... Giovanna, d'anni 38, entra l'11 settembre 1889, gravida al 7° mese, questa è la 9ª gravidanza, è edematosa e da qualche giorno, ha vomiti e giallore itterico della cute, è apiretica. Provocazione del parto, scompare l'albumina, esce guarita.

Caso X. — Galim... Carolina, anni 38, entra il 4 settembre. Primigravida all'8° mese, ha cospicui edemi che crebbero lentamente, orine scarse, albuminuria intensa. Provocazione di parto. Forcipe nello scavo. Feto vivo. Puerperio normale, scomparsa della albumina. Parte il 20 ottobre.

Caso XI. — Col... Carolina, d'anni 26, entra il 9 ottobre, gravida per la 3ª volta, essa è al 9° mese, ha lievissimo opacamento albuminoso. Parto naturale a termine, puerperio afebbrile.

Caso XII. — Co... Giulia, d'anni 31, entra il 13 ottobre, gravida al 4° mese, è VI para. Dopo pochi giorni di degenza, vennero in scena cospicue emorragie dei genitali, che richiesero la estrazione manuale di

un feto morto macerato, indi con notevole fatica si estrasse una grossa placenta presentante i caratteri della mola carnosa e della vescicolare. La paziente, ad onta delle gravi perdite, guarì attraverso ad un puerperio afebbrile.

Caso XIII. — Coc... Rosa, d'anni 26, entra il 18 agosto, 1889 III gravida, è al 7° mese, non partorì nell'istituto e volle uscire benchè sconsigliata.

Eclampsia. — Riportiamo le cinque osservazioni eclampsia e quella registrata colla diagnosi di coma uremico.

Distocia per idronefrosi bilaterale in feto mostruoso, in presentazione podalica, estrazione coll'uncino acuto. Successione morbosa, polmonite destra. Decubito grave. Guarigione. — Ru... Rosa d' anni 20, operaia, maritata, entra il 6 maggio 1889. Mestruò per la prima volta a 13 anni, flussi sempre regolari. Un anno fa superò un parto felicemente, il puerperio fu normale. Viene portata in sala, gravida al 7.° mese. Non ebbe mai nel tempo di questa alcun disturbo, solo da 2 giorni avvertì un malessere indefinito che veniva poi seguito da un accesso eclampsico che si ripetè 6 volte in 4 ore. Donna in istato di nutrizione florida, presenta scarsi edemi agli arti inferiori, è in preda ad estrema inquietudine, la coscienza è abolita. Orine fortemente albuminose. Inaudibile il battito cardiaco fetale. Giorno 6, dalle 4 p. alle 8 p., accessi 7, iniez. morfina cent. 5, acquavite alem., ore 11 p. accessi 1, notte senza accessi

giorno 7	ore 7 $^3/_4$ ant.	accessi 1	iniez. morf.	cent. 2			
»	» » 10	» 1	»	»	» 2		
»	» » 12	» 2	»	»	» 4	alvo scarso.	

La levatrice che l'assisteva non avvertì traccia alcuna di liquido amniotico, alla 1 pom. dilatazione quasi completa, presentazione dell'ovoide podalico, spontanea discesa dei piedi in vagina. Usciti gli arti inferiori dalla vulva il parto si arresta, le trazioni trovano notevole resistenza, ed esplorata la donna, si trova che lo scavo è occupato da una tumescenza, tesa, elastica, fluttuante, rappresentata dall' addome fetale enormemente disteso. L'uncino acuto piantato su di esso, dà esito ad una notevole copia di liquido di colore urinoso, la tumescenza si affloscia, e la estrazione avviene senza difficoltà. Il secondamento è spontaneo, la placenta pesa 620, ed il feto 1770 grammi senza il liquido perduto.

Esso feto è bene sviluppato in quanto a volume e presenta le traccie di recente macerazione. L' epidermide degli arti inferiori si distacca a piccoli lembi e così pure quella del torace. Porta sei dita per ciascuna

mano, l'ultime 2 delle quali presentano sindattilia. Il cranio è notevolmente schiacciato nel senso antero-posteriore, idrocefalo esterno, il naso è rappresentato da una piccolissima appendice schiacciata con una lieve infossatura, colla sua base nella parte mediana, che sostituisce la colonnetta del naso e le due aperture: i bulbi oculari sono atrofici. Nella cavità cranica la sostanza cerebrale è ridotta ad una piccola sacca corticale distesa dal liquido contenuto nella sua cavità. I visceri del torace sono normali. L'addome è flacido, cascante, contenente ancora un po' di sierosità sanguinolenta. L'ultima porzione dell'intestino contiene scarsa quantità di meconio. Il fegato pesa 100 grammi, ed offre lungo il margine anteriore dei depositi fibrinosi che staccati lasciano a nudo la sostanza epatica. Tanto il rene destro come il rene sinistro sono convertiti in due grandi sacche sepimentate, formate dalla dilatazione dei bacinetti e dei calici, delimitati all'esterno dal tessuto renale che conserva lo spessore di 2 o 3 millimetri. Non è possibile trovare il passaggio dal rene destro all'omonimo uretere, il quale è convertito in un cordoncino fibroso. Al rene sinistro (e da questa parte il volume è maggiore) vi è una distensione straordinaria altresì dell'uretere convertito in un canale del diametro di 5 centimetri. Nella vescica che è piccola, mancano gli sbocchi di entrambi gli ureteri, mentre che nella sua parte inferiore trovasi una apertura che mette in un breve canale ristretto che sbocca (appena al davanti dell'ano il quale è pervio) in una piccola depressione delimitata da due rigonfiamenti laterali, che ricordano le grandi labbra, le quali si riuniscono al davanti ed in alto in una piccola eminenza lunga un centimetro, dura, impervia e provvista da una specie di prepuzio e che ha l'apparenza di un pene rudimentale. Mancanza degli organi essenziali della generazione sia maschili che femminili. Mancanza di vagina.

ESAME

delle orine della sacca d'idronefrosi fetale.

P. S. 1012. Reaz. neutra.
Albumina 35 0[0 in volume.
Urea gr. 2,562 per litro.

Sedimento fatto da epitelio dei condotti escretori dell'orina in parte bene conservati, e in parte in via di deperimento.

delle orine materne.

P. S. 1030. Reaz. acida.
Albumina 75 0[0 in volume.

Cilindri ialini coperti da granulazioni albuminose, da cellule d'epit. renale deperite. Emasie. Cellule renali isolate. Cellule linfoidi.

Sembra trattarsi quindi di una nefrite diffusa al 1° stadio sintomatica dello stato gravidico.

Giorno 7 ad ore 3 pom., la donna è tranquilla (2 cucchiai acquavita alemanna). Nessun accesso.

Ore 6 pom. 37. 9. P. 108, R. 20. Globo uterino contratto. Latte.
„ 9 „ 37. 6. La notte passa tranquillamente.
„ 12 „ 40. 2.
Giorno 8, ore 3 ant. T. 38. 6. Assopita assai.
„ 6 „ 38. 7 P. 136, R. 48. Perdita odorosa. Irrigaz.
„ 12 „ 39. 7. endout. borica.
„ 3 „ 39. 6. P. 128. Aritmie. Strofanto goccie 16.
„ 6 „ 39. 8. Orine scarse. Catetere.
„ 12 „ 39.
Giorno 9, ore 3 ant. 39. 9.
„ 6 „ 39. 3. Lochiazione normale.
„ 8 „ 39. Orine quantità gr. 1020, p. sp. 1018, acide
„ 12 „ 39. 5 albuminose.
„ 2 pom. 40. Rantoli minuti posteriori alle basi.
„ 6 „ 40. Latte.
„ 9 „ 39. 6.
Giorno 10, ore 12 ant. 39. 1. Si risveglia il sensorio, nel resto con-
„ 3 „ 40. dizioni stazionarie.
„ 6 „ 39. 6. Orina quantità gr. 1300.
Giorno 11 T. mass. 40. 2. Più sveglia. Dolore puntorio a destra alla
T. min. 39. 1. base. Ivi i dati plessici e stetoscopici di polmonite. Orine quantità gr. 700. Diarrea. Ipecaquana, eccitanti.
Giorno 12 T. mass. 40. Perde l'orina. Escreato croceo, più estesi
T. min. 39. 2. i fenomeni polmonari.
Giorno 13 T. mass. 39. 9. Delirio gaio. Orine meno albuminose.
T. min. 39.
Giorno 14 T. mass. 39. 4. Compos sui, più calma. Inizia decubito
T. min. 38. 2. alla natica sinistra.

Persistono condizioni gravissime nei giorni successivi, per quanto le orine sieno migliorate rispetto alla albumina, ed il microscopio parli per un miglioramento della nefrite.

Giorno 17 T. 40. 4. Aritmie notevoli, la donna aggravatissima, subdelirio loquace.

Giorno 18. Condizioni meno disperate. Diarrea profusa. Decubito in aumento. Albumina quasi scomparsa.

Giorno 21 T. mass. 37. 8. Miglioramento notevole nelle condizioni del petto.

Dal giorno 22 in avanti, apiretica, albumina scomparsa, persiste grave il decubito e la prostrazione generale. Il giorno 29 passa in sala chirurgica per la piaga del decubito e dopo lenta convalescenza usciva guarita.

Osservaz. II. — Part... Maria, d'anni 23, entra il 18 settembre 1889. È primigravida. Istituita la diagnosi di albuminuria in gravida all'8° mese, per le gravi condizioni della donna si provoca il parto colla puntura delle membrane. Scattano 3 accessi di eclampsia, contro la quale si praticano iniezioni di morfina ad alta dose. Indi, previa isterostomatotomia, si applica il forcipe nello scavo, feto morto, puerperio normale. Gli edemi vanno diminuendo a poco a poco, scompare l'albumina. Esce completamente guarita il 15 ottobre.

Osservaz. III. — *Eclampsia. Gravidanza 9.° mese. Forcipe. Feto macerato. Morte.* — Ca..., entra il 9 ottobre 1889, anni 25, operaia, marit., sana in passato. Gravida per la 1.ª volta, da ieri cominciò ad accusare cefalea, e durante la notte scorsa si manifestarono accessi eclamptici succedentesi a brevissimi intervalli con perdite di coscienza. Anasarcatica, con tale nota viene accolta in comparto. La porzione vaginale del collo uterino è accennata da un orlo rialzato. Presentazione cefalica. Rottura della membrane.

Alle 3 pom. è aggravatissima, polso affievolito, gli accessi si succedono a lunghi intervalli, ma si provocano al minimo maneggio. Il salasso riesce vano, poichè le vene non danno sangue. Durante un accesso la respirazione si sospende completamente, l'ammalata cade in preda a cianosi estrema, si mette in atto la respirazione artificiale e si pratica un clistere di 2 grammi di cloralio. Ascoltazione del battito fetale negativo.

Dalle 4 e mezzo alle 7 e mezza due accessi. Alle 9 pom. condizioni del polso discrete. Dilatazione di 4 cent., testa impegnata, applicazione di forcipe. Isterostomatomia. Disimpegno lento, feto macerato peso 2600, secondamento completo, l'utero si contrae, la donna muore alle 11 pom. Esame batterioscopico delle orine con risultato negativo.

Osserv. IV. — *Eclampsia. Forcipe. Morte in 8.ª giornata.* — Stra.... Maria, entra il 13 ottobre 1889, anni 20, contadina, maritata, prima gravidanza, è al principio del 9.° mese. Scattò un accesso improvviso seguito da altri 15 a domicilio. Dalle 12 ant. alle 3 pom. 9 accessi. T. 38. P. 116. Quattro iniezioni di morfina. Ore 3 dilatazione di un cent., vertice allo stretto superiore che si impegna, rottura artificiale delle acque che sono tinte di meconio. Utero contratto. Salasso di 550 gr. di sangue, seguono 2 accessi. Cloralio per clistere. Si prepara tutto per eventuale taglio cesareo, ma alle 8 e mezza pom. P. 162, dilatazione 5 cent. si fa l'isterostomatomia indi applicazione di forcipe su testa fissa allo stretto superiore. Lieve lacerazione perineale. Giorno 14. Nessun accesso consecutivo. T. 37. 3, è assai inquieta, ingombro bronchiale rilevante. Orine albuminose, l'esame microscopico depone per una nefrite idiopatica sulla fine del 1.° stadio. Insorgono fenomeni di pneumonite, ipostatica, grave. La donna soccombe.

Osservaz. V. — Cat... Stella, entrata il 25 giugno, gravida all'8° mese in preda a gravissimi accessi eclamptici, partorì lo stesso giorno. Gli accessi andarono diminuendo e l'ammalata attraverso una iliade di peripezie poteva lasciare la sala il 17 luglio per essere trasportata in sala medica per una forma polmonare ipostatica.

Colla diagnosi di coma uremico, registro la seguente osservazione:

Coma uremico. Gravidanza al 7° mese, con peritonite: provocazione del parto. — Sche... Maria, d'anni 28, entra il 17 ottobre 1888, ebbe 5 parti normali. Ora è gravida ancora, ed al 7° mese. Presenta al momento dell'ingresso vomito, singhiozzo, febbre con brivido, ventre meteorico dolente, alvo chiuso. La nutrizione è discreta. Lingua asciutta. Pupille poco reagenti, tendenza al sopore, sensorio attutito, risponde tardi alle domande, lievi edemi agli arti inferiori, toni cardiaci squillanti. L'utero a 2 dita sopra il bellico. Al collo uterino riscontrasi dilatazione di 2 centimetri. Presentazione di vertice.

Orine copiosamente albuminose, scarse, colorate, il coagulo è compatto da poter capovolgere la provetta d'assaggio.

P. 96. T. 38. R. 44.

Si rompono le membrane artificialmente e si pone una candeletta.

Alla sera accade il parto, O. I. D. A. senza accidenti degni di nota.

Giorno 18. Meteorismo cresciuto. La regione ileo costale destra è un po' sporgente e si ha quivi ottusità che si estende all'avanti fino ad una linea che dalla S. I. A. S. si reca verso l'arco costale a confondersi colla epatica. A sinistra invece risonanza normale. Sulla accennata ottusità si ha oscura fluttuazione. Non ebbe alvi ad onta dell'infuso lassativo; persistono i dolori e il meteorismo. Vomito alimentare e biliare. Orine albuminose, abbondanti cilindri urinosi e ialini coperti da granulazioni albuminoidi. T. 37. P. 140.

Giorno 19. Alvi parecchi e vomito che la paziente afferma aver odore e sapore d'urina. L'alito non è ammoniacale, orine scarse P. 160 Si danno eccitanti per bocca e morfina ipodermicamente.

A vespro si pratica una puntura esplorativa al luogo della ottusità notata, ed esce un liquido gialliccio, contenente urea in gr. 3,843 per litro. Albumina in copia, contiene altresì cellule epiteliali pavimentose, ed altre linfoidi da lasciar sospettare la provenienza renale di tal liquido.

Intanto la donna peggiora, insorge perfrigerazione generale, sudori, il polso si fa impercettibile alle radiali. Delirio, 60 respirazioni al minuto. Meteorismo ognor crescente, si soccorre con eccitanti ma muore. L'autopsia rivelò peritonite diffusa purulenta e nefrite.

Apparato locomotore. — Fra le ricoverate per reumatismo articolare si notò la interruzione spontanea della gravidanza una volta al 7° mese

circa, un' altra all'8°, in due il parto fu a termine e nella 5ª il reumatismo articolare si trovò consociato a meningite cerebro spinale. Credo opportuno il riassumerla in brevi parole:

Me.... Diega, d'anni 36, cantatrice, maritata, entra il 13 agosto 1889 essendo gravida al 7° mese, accusando vivi dolori alle articolazioni di un ginocchio e dei piedi, i quali calmati dapprima, si erano poi diffusi al tronco ed al capo. Costituzione buona, nutrizione generale discreta, sfitte dolorose alla nuca ed alle spalle i quali si diffondono lungo il rachide. Nulla di notevole al petto riguardo l'apparato respiratorio. Il diametro trasverso del cuore è aumentato, ed il primo tono alla punta è soffiante accentuato il 2° sulla polmonare. Le orine sono senza albumina. T. 38. 6. Fino al giorno 20 non si osservano fenomeni speciali; solo che la donna erasi fatta completamente apiretica. Il 31 pur essendo apiretica, insorge delirio clamoroso. Immote le pupille, e la destra midriatica, vi è stiramento dell'angolo boccale sinistro, ha singulto e sbadiglio, la pressione delle apofisi spinose è oltremodo dolente e si osservano sussulti muscolari. Tale stato di cose perdura fino al giorno 22 in cui la donna inquieta presenta moti carpologici, il termometro all'ascella sale a 38, P. 120. Si rompe il sacco delle acque; continua lo stato di sopore minimamente influenzato dal calomelano e dai rivellenti alla nuca; alla sera previa isterostomatomia si procede alla liberazione della donna (forcipe); feto asfittico rianimato.

Giorno 23. T. 38.5 — 38.8. P. 100. R. 40. Orine fortemente albuminose; scattano due accessi convulsivi nello stato di coma. Le orine non rivelano l'albumina.

Giorno 54 T. 37. R. 80. Appare una chiazza di decubito.

Persistono le gravi condizioni della ammalata, il sensorio ottuso, la coscienza è obnubilata, il decubito si allarga, le temperature oscillano fra i 37° e i 38.4. e la donna soccombe al 31 agosto.

L'autopsia confermava appieno i dati della istituita diagnosi. Iperemia della dura madre. La pia madre è opacata. Alla base, lungo l' arteria basilare si nota una raccolta purulenta abbondante, il pus si insinua nella scissura di Silvio e di Rolando, esiste pur anche nei ventricoli laterali. Iperemica la pia meninge rachidica qua e là opacata, in nessun punto raccolta purulenta. Polmoni, cuore, fegato, milza, reni congesti.

L'unico caso di *gonilite* d'origine reumatica nulla ci offerse di speciale, la gravidanza giunse a termine, il parto ed il puerperio furon normali.

Un caso di qualche interesse fu quello presentatoci da Rigam....

Maria, entrata il giorno 11 luglio per *tubercolosi ossea* e *ghiandolare* a focolaj multipli, la quale, essendo gravida all'8° mese, fu fatta oggetto a multipli svuotamenti e resezioni, operate nella narcosi. Ad onta delle deteriorate condizioni della donna la gravidanza fu condotta a termine. Parto e puerperio normali.

Infezioni acute e croniche. — L'osservazione di *ittero febbrile con albuminuria* ed edemi, (morbus Weil ?) spettante a Va.... Santina, d'anni 38, entrata il 25 aprile in travaglio, gravida al 7° mese, merita un cenno particolare.

Sempre sana in passato, fu gravida per otto volte, e sempre condusse a termine il prodotto del concepimento. Nulla di speciale è da notarsi riguardo i parti ed i puerperi antecedenti; soltanto da un mese essa cominciò ad avvertire edemi, sempre crescenti, accompagnati da febbre. La donna non sa dire se contemporaneamente fosse divenuta itterica. Entrata come dissi in comparto a travaglio iniziato, si sgravò poche ore dopo.

Stato presente. Donna di costituzione generale ottima, presenta la faccia notevolmente edematosa, specialmente alle palpebre ed alla parte superiore del collo ed alle guancie con tinta marcatamente itterica della cute e delle sclerotiche. Per le gravi sue condizioni al momento dell'ingresso non è possibile un esame dettagliato; tuttavia rilevasi quanto segue: *Torace:* a destra anteriormente lieve ipofonesi con respiro molto aspro e prolungato, rantoli a medie bolle. A sinistra posteriormente traccie di vescicanti, diminuita, la risonanza a destra, russi e rantoli sparsi per tutto l'ambito toracico. Impulso cardiaco non visibile, percettibile con difficoltà; toni normali. Fegato e milza aumentati, specialmente il fegato il quale deborda ed offre il margine libero un po' arrotondato. L'addome è lievemente meteorico, molle, cedevole, indolente. Alvo diarroico. T. 39. P. 116. R. 36. Orine albuminose abbondantemente.

Il giorno 26 è nelle stesse condizioni, le orine sono assai scarse, molto colorate ed albuminose. Le temperature si mantengono elevate, il giorno 27 si toccano a sera i 39.3. Il sensorio si ottunde, delirio tranquillo, verso sera la malata si fa inquieta, accusa difficoltà di respiro, sete viva, deglutizione inceppata, l'alvo è diarroico e le scariche colorate in giallo, nella notte subentra delirio clamoroso e la donna soccombe il 28 aprile 89 alle 4 ant.

Tre furono i casi *di tifoide.* Di poco interesse l'osservazione di Sob.... Giuseppa, d'anni 33, entrata il 24 novembre 88 in convalescenza di un superato ileotifo, gravida oltre il 3° mese, e che lasciò la sala.

In un secondo caso Ra... Maria, entrata al 26. 11. 89, gravida all'8° mese, la gravidanza si interruppe, il parto ed il puerperio furono normali. Nel terzo Ter... Maria, d'anni 25, entrata il 20 ottobre 1889, gravida al 6° mese, in travaglio da 24 ore, con febbre altissima, la diagnosi di setticemia complicata a tifoidea fu riscontrata al tavolo anatomico.

I casi di *infezioni malariche* ammontarono al numero di 8, dei quali 2 uscirono senza aver partorito, assai migliorati. Nessuno presentò interesse speciale. Lo stesso dicasi delle ammalate di *sifilide* e di *gonorrea*.

L'ammalata di *flebite crurale*, Cor... Maria, entrata il 7 marzo 1889, presentava raccolte marciose, multiple, alla regione tibiale posteriore, flebite suppurata, vasta risipola estesa a tutto il dorso. Temperatura 40. 5. Sgravatasi il giorno stesso dell'ingresso nel comparto di un feto asfittico rianimato, soccombeva in 3.ª giornata alla piemia.

Malattie chirurgiche. — Nei due casi di *Mastite* in gravidanza s'incise l'ascesso, le pazienti guarirono e la gravidanza non subì interruzione. Alla paziente accolta per *frattura del radio* si applicò un apparecchio gessato, indi fu dimessa, e all'altra, affetta da ascesso alla regione tibiale posteriore, venne praticato il raschiamento. Partì guarita.

Patologia ostetrica. — L'unico caso di placenta previa verificatosi in donna affetta da epilessia volse ad esito infausto; ecco i particolari della osservazione.

Epilessia in gravida. Placenta previa marginale. Emorragia. Rivolgimento. Lenta estrazione. Feto asfittico. Emorragia post partum. Morte. — Val... Teresa, d'anni 37, contadina, maritata, entra il 23 aprile 1889. Al momento del suo ingresso non è possibile rilevare l'anamnesi, tuttavia si può sapere da chi l'accompagna, che da un anno e mezzo va soggetta a forma convulsiva. Ad un primo esame non si trova nulla di rimarchevole, le orine sono prive di albumina, la intelligenza è offuscata, l'addome come a gravidanza al 9° mese, e la direzione dell'utero trasversale. Estremo cefalico nel quadrante superiore sinistro. Fino al dì 30 aprile le condizioni della donna sono stazionarie, l'utero silente. Ha riacquistato la coscienza; dice di aver superato 11 gravidanze e due aborti, il 15 aprile ha 3 accessi epilettici, si constata la presentazione di spalla destra in C. I. D.

Fino al 25 nulla di nuovo, il 25 tre altri accessi epilettici. Il feto spontaneamente si è posto in presentazione cefalica. Il giorno 26 altro

accesso, la donna è assai abbattuta, si lagna di dolori, così fino al 31.° giorno in cui inizia uno stato di subdelirio, si lagna di tutti e di tutto. Si inizia emorragia ed, esplorata la donna, attraverso all' orificio dilatato di 4 cent. si avverte una presentazione di faccia, mobile allo stretto superiore ed a sinistra la placenta marginale. Colla versione bipolare si trae abbasso un piede (il destro) ed in tal modo la emorragia cessa. Per un'ora circa, chi assiste al parto si limita a mantenere applicata la presentazione sul segmento inferiore tendendo semplicemente l'arto fuoruscito, quindi progredita la dilatazione sufficientemente, si esercitano dolci trazioni in modo da provvedere alla lenta uscita del feto, che si ottiene facilmente.

Il feto è asfittico, subito si estrae la placenta inserta lateralmente a sinistra ed in gran parte staccata: la inserzione del funicolo è in parte velamentosa. L'utero non si contrae, si praticano irrigazioni calde e massaggio uterino, le quali cose non riescono che debolmente a frenare l'emorragia, si fanno seguire iniezioni di ergotina, di etere, canfora, che, pure riescendo vane lasciano come ultima risorsa il tamponamento endouterino, la fasciatura degli arti.

La donna ripiglia i sensi, accusa bruciore ai genitali ed annebbiamento della vista, rifiuta le bevande eccitanti, il polso è piccolo, sfuggevole. Muore alle 6 e mezza.

L' autopsia non rivela che una piccola lacerazione a destra nella porzione vaginale non maggiore di 2 centimetri e non interessante il fornice. L'utero grosso, floscio, a pareti sottilissime.

Aborto. — 15 donne furono ricoverate in comparto gravide al disotto dei primi sei mesi, con minaccia di interruzione della gravidanza.

Di esse, *otto* poterono continuare la gestazione ad onta che le cospicue perdite ed i dolori lasciassero poca speranza di prognosi benigna. All'infuori di una di esse, la quale era affetta da insufficienza mitrale, non venne nelle altre riscontrata alcuna concomitanza reale, morbosa colla quale connettere la minaccia dell' aborto. Fu al riposo, ai clisteri laudanizzati, all' estratto di viburnum che si dette mano in simili contingenze.

Nei rimanenti 7 casi in cui l'aborto avvenne, noterò che in due si verificò arresto di placenta, che richiese il raschiamento, ed in due altri casi si addivenne alla estrazione manuale di feti macerati. In tutte indistintamente il puerperio decorse apiretico.

Idramnios. — I casi di idrope dell'amnios verranno pubblicati dal dott. F. Villa in un prossimo lavoro.

Mola vescicolare — Ecco in breve i due casi di *mola* da noi osservati.

Osservaz. I. — Moro... Rosa, d'anni 52, casalinga, maritata, entra il 30 gennaio 1889, 12 parti, 2 istrumentali, 11 allatt. ultimo puerperio morboso per tifoide. *Entrata nella menopausa da circa un anno,* narra che 9 mesi or sono, prima dell'ingresso, fu colta da una prima emorragia che durò per 4 ore, indi nessuna perdita sanguigna fino a 15 giorni sono, in cui si ripetè con dolori espulsivi, accorgendosi di una tumescenza sopra pubica. Al momento dell'ingresso nell'Ospedale, avendo emorragia gravissima, viene praticato il tamponamento dall'ufficio di Guardia. Molto adiposa, di un pallore cereo, presenta un polso piccolissimo ed il respiro ansante ad ogni minimo sforzo. Attraverso le pareti addominali molto spesse si rileva con difficoltà una tumescenza piuttosto dura, sferica, che arriva fino a tre dita sotto il bellico. Il collo uterino ha l'orificio permeabile, il canal cervicale conservato. La sonda misura 12 cent. dirigendosi posteriormente a sinistra.

Edemi lievi diffusi, levato il tampone non presenta più emorragia, le condizioni del collo sono aumentate.

1 febbraio. Non albuminuria.

È assai sfinita. Sopore, incoscienza, sensibilità e mobilità conservata, nessuna perdita. P. 140. R. 44. Morte. L'*autopsia* rivela emorragie puntiformi nel cervello. Non raccolte nei ventricoli. Degenerazione adiposa dei visceri. L'utero grosso come una testa di feto fa come buccia a un tumore che inciso dà esito a liquame sanguigno, dove nuotano innumerevoli vescichette e si rileva un mixoma del chorio.

Osservaz. II. — ..... d'anni 27, contadina, maritata, entra il 18 febbraio 1889. Mestruò a 12 anni, è Vpara. Ora narra di una sospensione mestruale dall'8 novembre: 40 giorni prima dell'ingresso fu colta da metrorragie continue. È donna robusta. Negativo l'esame generale. L'utero arriva col suo fondo al bellico o poco più. Si contrae intensamente ed a lungo, senonchè, nelle brevi pause, si avverte una pastosità inusitata.

Lo sviluppo suo non è corrispondente alla presunta epoca di gravidanza ma assai maggiore. L'ascoltazione è negativa. Collo uter. scomparso, dilatazione di 4 cent.: dall'orificio protrude un corpo molliccio che non aderisce all'utero, e che uncinato col dito esce dai genitali, con un grosso coagulo. Il dito esploratore spinto quanto più è possibile, non avverte che coaguli e non incontra resistenza alcuna. Alle 7 1[2 pom. avviene espulsione di mola idatigena seguita da insignificante emorragia. Il volume della mola è uguale a quello di una testa fetale, e formata da piccole cisti grosse quanto piselli e grani di miglio, ed altre, ma poche, del volume di una nocciuola. Il contenuto è chiaro. Vengono altresì espulsi coaguli, ma havvi niuna traccia di embrione.

Nei dì successivi le temperature toccano i 39.° 5. Col raschiamento

si estraggono lembi placentari già odorosi, e si praticano irrigazioni endouterine. Alcuni punti del collo uterino hanno aspetto grigiastro, e si toccano coll'acido fenico al 10 0[0. Il dì 24. escono ancora detriti dall'utero e si ha una elevazione fino ai 40°. Ha tosse con escreato composto di masse verdastre, con qualche stria sanguigna. Risonanza vescicolare, percussione sonora, ventre indolente, alvo regolare; verso sera è colta da brivido intenso. Si penetra allora nel cavo uterino, il dito ha l'impressione di una tomentosità diffusa della mucosa.

Perdita scarsa purulenta, fetente assai, che ristagna in cavità per la posizione del viscere (antiversione) e per la rilassatezza del tessuto. Si fa irrigazione col sublimato 1 p. 2000, indi raschiamento col cucchiaio il quale a destra riscontra ancora qualche frastaglio placentare.

La donna diviene apiretica, nessuna perdita. Nessun dolore. Tosse solo quando a quando e l'escreato è biancastro abbondante, assenza di fenomeni plessici polmonari. Si ha solo presenza di rantoli umidi.

Passa in sala medica il 10 marzo.

Così in breve riassunta la patologia gravidica, ecco alcune particolarità relative ai parti. Essi furono così divisi

Parti	abortivi	14
	prematuri	48
	a termine	21
		83

Quanto alla molteplicità del prodotto del concepimento notammo 5 gravidanze gemellari.

Dei parti indicati, 52 furono naturali e 31 richiesero l'intervento dell'arte.

Ecco gli interventi

	Isterostomatomia	4
	Rivolgimento	3
Provocazione del parto	Rottura artif. delle membrane	10
	Col metodo Krause	8
	Metodo Krause-Barnes . . .	1
	Estrazione manuale	1
	Forcipe	8
	Da riportarsi	35

Riporto	35
Uncino acuto	1
Cranioclaste	1
Parto forzato	1
Amputazione cesarea Porro .	2
Taglio cesareo post mortem .	2
	42

Se il numero non corrisponde a quello enunciato, si è perchè, sopra una stessa gravida, si praticò più d'una operazione.

Tenuto calcolo delle 5 gravidanze bigemine, si ebbero 88 bambini. Riguardo al sesso essi furono così distinti.

Aborti	14
Non notato il sesso	7
Mostruosi	2
Mole	2
Maschi	23
Femmine	40
Totale	88

di essi	5	nati	asfittici	rianimati
»	5	»	»	non rianimati
»	8	»	morti	
»	4	»	»	macerati

I puerperi, lo ripeto, decorsero tutti asettici, meno quelli che risguardavano donne che già al loro ingresso presentavano forme settiche ed il caso ultimo di mola. L'elevazioni termiche negli altri casi erano intimamente collegate ai processi che avevano inviato le gravide alle nostre cure.

Classe II. — **Nutrici.**

In questa sezione vanno ricoverate le donne che allattano e finchè dura l'allattamento, sieno esse affette da forme mediche, chirurgiche o ginecologiche. La maggior parte di esse passa ad altre sale, dopo qualche giorno, per la impossibilità in cui si trovano di proseguire l'allatta-

mento. Per lo scarso interesse che esse presentano, basterà quindi riassumere nel seguente specchietto le forme morbose per le quali vennero ricoverate.

FORME MEDICHE		FORME CHIRURGICHE	
Catarro bronchiale	6	Mastite	4
Bronco polmonite	5	Ragadi	3
Pneumonite	2	Osteite del metacarpo	1
Tubercolosi polmonare	4	Gonilite	4
Pleurite	3	Periostite del trocantere	1
Cardiopatie	2	Cisti sebacea alla regione cervicale	1
Catarro gastro enterico	4	Trombosi crurale	2
Pellagra	1		
Reumatismo poliarticolare	9	Totale	16
Crampi da allattamento	3		
Forme palustri	6		
Oligoemia	4		
Tifoide	1		
Paralisi del 7°	2		
Forme mediche (1)	8		
Totale	60		

Totale 76

(1) Con tale diagnosi generica sono comprese varie forme disparate, le quali per la loro urgenza vennero passate in sala medica prima ancora che dal personale di sala fosse stata redatta la storia.

(*Continua*).

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XII. Dicembre 1890. Num. 12.

ANNALI
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

LABORATORIO DI ANATOMIA ED EMBRIOLOGIA — FIRENZE

Sul decorso della gravidanza
E
sullo sviluppo dei neonati alla luce ed alla oscurità

RICERCHE
DEL

Dott. GIUSEPPE VICARELLI
Assistente alla Scuola di Ostetricia per le Levatrici nell'Università di Perugia.

In quest'ultimo decennio specialmente, molti, i più fisiologi, hanno cercato, istituendo varie specie di esperienze, di venire a conoscere quale influenza eserciti la luce sull'organismo.

Tale desiderio sorse in animo per primo ad M. I. Edwards fino dal 1824; e scorrendo tutto quanto si è scritto su tale argomento da quell'epoca fino ad oggi, vediamo che, degli esperimentatori, alcuni studiarono l'influenza della luce sullo sviluppo degli animali, Edwards, Higginbottom, Donnel, Schuetzeler, Marcacci, Aducco, Rossi; altri si occuparono più specialmente dell'azione delle diverse luci monocromatiche su organismi già sviluppati, od in via di sviluppo, Beclard, Schuetzeler, Uskoff, Gysi e Luchsinger, Schenk, Lubbock, Engelmann, Gorbatzèvitch, Romanes, Arloing, Fubini e Spallitta: tali altri infine sperimentarono quale parte debba attribuirsi alla luce nella vita dei tessuti e più particolarmente nella respirazione, Moleschott, Selmi e Piacentini, Chasanowitz, Otto von Platen, Robert Pott, Fubini, Ronchi e Fubini, Moleschott e Fubini, A. Mori.

Non tutti questi Osservatori sono d'accordo fra di loro, quindi credo utile passare cronologicamente in rassegna le conclusioni che ciascuno di essi ha dedotto dalle proprie esperienze.

M. J. Edwards dice che le larve di rana private dell'influenza della luce non possono svilupparsi completamente e divenire rane perfette.

M. Higginbottom e M. Mac. Donnel negano le asserzioni di Edwards dicendo che la luce non ritarda affatto la metamorfosi dei ranocchi appena nati, metamorfosi che si compiono bene e completamente tanto all'oscurità quanto alla luce. Solo alcune differenze di temperatura ebbero azione sulle metamorfosi nei loro esperimenti.

M. I. B. Schuetzeler conclude che la privazione della luce diminuisce ed arresta la formazione della materia colorante della pelle: essa ritarda lo sviluppo e la funzione dei polmoni, arresta o ritarda lo sviluppo delle membra. Inoltre la temperatura, la nutrizione, il volume di acqua influiscono sullo sviluppo delle larve di rana tanto alla luce come alla oscurità.

A. Marcacci constatò che gli alcaloidi all'oscurità agiscono con minore energia sullo sviluppo delle uova di tritone, di quando sieno esposte alla luce.

V. Aducco confermando i risultati di Moleschott dimostra che la luce è un energico eccitamento del ricambio materiale, e che nell'oscurità il ricambio materiale diventa così lento e fievole che i materiali di riserva dell'organismo possono per un tempo eccezionalmente lungo supplire ai bisogni della vita. All'oscuro si elimina meno acido carbonico e si consuma meno glicogeno.

U. Rossi ha constatato che di 25 tope montate, messe all'oscuro, una sola rimase feconda, ed al 20° giorno diede alla luce due soli piccini. Sui neonati tenuti all'oscurità notò uno sviluppo lento, e le palpebre si schiudevano qualche tempo più tardi di quello che suole comunemente avvenire alla luce.

Quelli poi che studiarono l'influenza delle luci colorate sulle diverse funzioni dimostrarono:

M. Beclard, che le larve della Musca Carnaria sotto l'influenza dei raggi verdi sono le meno sviluppate, si sviluppano meglio nella luce gialla, rossa, bleu e sopratutto nella violetta.

M. I. B. Schuetzeler vide che le uova di rana temporaria si sviluppano differentemente sotto la luce bianca e verde, e con proprie espe-

rienze ozonometriche appoggiò il supposto di Moleschott concludendo che la qualità della luce come influisce sulla produzione dell'ozono così deve ugualmente esercitare un' azione nel lavoro della nutrizione e per conseguenza nello sviluppo degli animali.

Uskoff osservò che i globuli bianchi del siero sanguigno della rana emettono prolungamenti più numerosi e voluminosi sotto l' azione della luce rossa che della violetta.

E. Gysi e Luchsinger notarono che lo sfintere dell' iride si contrae tanto più quanto più intensa è la luce; che i raggi azzurri e verdi hanno più energica azione, meno i rossi e meno ancora i gialli.

Schenk osservò che, mentre nelle prime ore e nei primi giorni, che seguono la fecondazione, sono identici i fenomeni di sviluppo negli embrioni di rospi esposti sia alla luce del giorno sia a quella dei vetri colorati, quando invece gli embriomi prendono la forma allungata, i movimenti di torsione, prodotti dalle ciglia vibratili e descritti dal Bischoff, sono più vivi negli embrioni esposti alla luce rossa che nelle altre luci. I movimenti poi della coda quando questa si è bene formata, sono più vivi negli embrioni esposti alla luce rossa che all'azzurra.

I. Lubbock dimostra che le formiche sono molto sensibili ai raggi ultra violetti.

W. Engelmann vide che molti organismi protoplasmatici unicellulari sono influenzati dalla luce nei loro movimenti accelerandoli o rallentandoli. Si servì dei bacteri per studiare l' attività dei raggi luminosi di vari colori sulla produzione dell' ossigeno delle cellule di clorofilla. La produzione di ossigeno comincia sempre al limite visibile del rosso, ha un minimo nel verde, ed un secondo massimo nell' azzurro. Trovò che i movimenti del bacterium photometricum provocati dalla luce cessano quando il microrganismo sia posto all' oscurità. Inoltre detto bacterio è molto impressionato dai raggi ultra rossi.

E. Gorbatzévitch riconobbe che lo sviluppo e l' accrescimento dei mammiferi sotto l' influenza dei raggi colorati dello spettro avviene in modo differente e che l' intensità dell' azione è in rapporto allo splendore del colore. Il raggio rosso sarebbe il più attivo, poi l' arancio ed il verde, ed in ultimo l'azzurro ed il violetto.

Romanes con Burdon Sanderson, Cesar Ewart e W. Scott, ripetendo le osservazioni di Frédericq nello octopus, mostrarono che: l'eccitamento di un occhio solo, fatto colla luce provoca immediatamente maggiore

intensità di colore dallo stesso lato del corpo fino alla linea mediana, senza che cangi di colore dal lato opposto. Anche molti organismi protoplasmatici subiscono l'influenza della luce monocromatica.

M. S. Arloing notò un diverso sviluppo e diverse proprietà del Bacillus Anthracis se esposto alla luce bianca o ai suoi raggi costitutivi.

Fubini e Spallitta, confermando le osservazioni di Moleschott, conclusero che la quantità di $CO.^2$ emessa dai conigli, cavie e topi è massima coi raggi rossi ed arancio, minima nell'indaco e nel violetto. Negli uccelli (colombo, calandro, zuino, cardellino, civetta) la quantità di acido carbonico emessa è massima quando sono esposti ai raggi giallo, arancio, rossi; minima nel verde e nell'indaco. Nel bufo vulgaris la massima quantità di $CO.^2$ esalato avviene se esposto al violetto ed all'indaco, il minimo nel verde e nell'azzurro.

Il primo che volle indagare quale influenza avesse la luce sulla respirazione fu Jac. Moleschott e con una serie di esperimenti dimostrò che le rane situate nell'oscurità esalavano meno d'acido carbonico di quelle esposte alla luce del giorno. Pensò all'ozono che si ha sotto la luce.

A. Selmi e G. Piacentini, I. Chasanowitz, Otto von Platen, Robert Pott, S. Fubini, Ronchi e Fubini, Moleschott e Fubini fatto soggetto delle loro osservazioni la medesima investigazione, tutti verificarono il fatto prima enunciato dal Moleschott, che cioè sotto l'azione della luce gli animali emettono maggiore quantità di anidride carbonica che nell'oscurità.

A. Mori constatò che luce ed anestetico favoriscono, oscurità ed anestetico diminuiscono l'emissione di $CO.^2$ nelle piante verdi.

Soli H. Newell Martin e Jul. Friedenwald asseriscono: l'influenza della luce limitarsi ad un semplice atto riflesso e non consistere in una maggiore attività fisica prodotta da processi psichici da essa eccitati. L'azione principale della luce si esplica sull'occhio e quasi insignificante è l'azione sulla pelle.

Gl'importanti risultati che ottenne da quelle del tutto nuove ricerche il carissimo amico dott. Umberto Rossi, i risultati che, a dire il vero, mi avrebbero sembrati incredibili se io stesso non li avessi presenziati, gentilmente concedendomelo, m'indussero a spingere più oltre le osser-

vazioni di quello che lui non avesse fatto, ed iniziando una nuova serie di esperimenti vedere: se la mancanza della luce influisse in nulla sulle successioni a cui va incontro l'embrione nelle sue prime fasi: se modificasse in qualsiasi modo il decorso della gravidanza: se nulla ne risentisse il prodotto del concepimento qualora gravidanza e parto si effettuassero.

Mi servii come materiale di esperimento dei topi (mus musculus) non solo perchè potea disporne di un considerevole numero, ma anche perchè si prestano meglio, che altri animali, a questi generi di studio, in primo luogo perchè si può esattamente precisare l'epoca della montata dalla presenza del tappo vaginale; secondariamente per il loro breve periodo di gestazione, 19 o 20 giorni; ed in ultimo per la loro grande facilità a rimanere fecondi, 90 %. Aggiungasi a tutto questo il non richiedere tali animali grandi cure e facilmente si comprenderà il potere fare su essi accurate e numerose osservazioni. L'avere adoperato animali che vivono quasi continuamente in luoghi se non perfettamente privi di luce, certo assai poco illuminati, potrebbe sembrare essere materiale poco adatto per lo studio di questo speciale argomento. Se si pensi però che se delle differenze si hanno in questi mammiferi che fuggono la luce, tenuti di continuo in luoghi affatto privi di luce, a parità di condizioni differenze più accentuate si avranno in quelli che la benefica azione della luce continuamente risentono. Per tutte queste ragioni non esitai eseguire nei topi le mie ricerche. Ma prima che passi a descrivere il procedimento dei miei esperimenti, piacemi riferire come io avrei potuto trarre delle risposte ai quesiti che mi era proposto.

Per ciò che concerne l'influenza dell'oscurità sull'embrione nei primi suoi momenti di sviluppo, mi limitai ad osservare l'ulteriore decorso della gravidanza, ed in quale stato venissero espulsi i prodotti del concepimento, non occupandomi di conoscere quali modificazioni subissero le uova fecondate e non fecondate delle tope tenute all'oscurità essendo questo soggetto di studio del dott. Umberto Rossi. (Forse degenereranno e quindi saranno riassorbite).

Il decorso della gravidanza l'avrei arguito dal vedere se il periodo di gestazione mantenesse quella durata che suole avere normalmente cioè di 19 o 20 giorni.

Cosa ne avessero risentito i feti trovandosi la madre in quelle date

circostanze, mi sarebbe dimostrato non solo da un esame macroscopico di essi, ma anche dal loro peso e dal loro successivo accrescimento portati alla luce.

Ecco adunque come condussi gli esperimenti :

Separava quelle topine che avevano il tappo vaginale mettendole in apposite gabbie: trascorsi alcuni giorni le collocava in una piccola stanza perfettamente oscura ed entro ampie casse di legno, munite di aperture, perchè l'aria potesse continuamente rinnovarsi, tenendovecele per tutto il tempo della loro gestazione.

Io stesso ogni giorno ed alla medesima ora le custodiva e portava loro il nutrimento (cc. 10 di latte, grammi 5 di pane per ciascuna) e per compiere tali manovre mi serviva della fioca luce di una lampada a vetri rossi. Nè le gabbie nè il trattamento fu per nulla modificato dalle antecedenti consuetudini. Presa nota del giorno in cui ciascuna era stata montata, facile rimaneva lo stabilire il giorno in cui doveano avvenire i singoli parti.

Principiai col metterne alcune all'oscuro al 5° giorno da che erano state montate, pensando che a quel momento, se le tope aveano avuto coiti fecondi, non solo la fecondazione era già compiuta, ma tenuto conto della breve gestazione che hanno, esse nei loro uteri dovevano contenere embrioni appena formatisi. Ma per essere vieppiù sicuro su questo punto altre tope posi all'oscurità dopo il 6°, talune altre dopo il 7° giorno da che avevano avuto il maschio. Invano però aspettai il giorno che partoriressero poichè di queste nessuna fece i piccini. Allora volli vedere quando doveva mettere all'oscuro le topine affinchè queste portassero a termine la gravidanza: ed ecco che altre ve ne posi dopo l'8°, 9°, 10° e 11° giorno da che avevano presentato il tappo vaginale. Di queste tutte quelle poste all' oscuro dal 10° giorno in poi , se si eccettuino due che forse staranno a rappresentare una parte della percentuale che abitualmente non rimane feconda, fecero i piccini nei giorni stabiliti dal calcolo e con insignificante ritardo. Delle altre nessuna divenne madre. Esperimentai su 50 tope delle quali 25 furono quelle poste in osservazione prima del 10$_0$ giorno, le altre 25 alcune al 10° altre al 11° giorno da che erano state fecondate.

Il numero dei piccini partoriti non variò dall'abituale, però si mostravano assai più piccoli di quello che comunemente sogliono essere, e notai, non so se perchè la madre fosse incapace a nutrirli o li uccidesse

o perchè feti male sviluppati, una mortalità assai più grande di quella che abitualmente suole aversi; tanto che solo alcune femmine allevarono 3 soli piccini e nessuna un numero maggiore.

Per facilitare la comprensione riporterò in uno specchio le mie osservazioni:

Tope messe all'oscurità dal V° al IX° giorno dopo la montata.

Numero tope in osservaz.	Giorno montata	Giorno messe all'oscuro	Epoca parto normale	Osservazioni
N. 3	28 Febbraio 1890	4 Marzo 1890	18-19 Marzo 1890	Il parto non ebbe luogo
» 2	7 Marzo »	11 » »	26-27 » »	» » »
» 4	19 » »	24 » »	6-7 Aprile »	» » »
» 1	27 » »	1 Aprile »	14-15 » »	» » »
» 2	2 Aprile »	8 » »	20-21 » »	» » »
» 1	10 » »	16 » »	28-29 » »	» » »
» 3	16 » »	22 » »	4-5 Maggio »	» » »
» 2	30 » »	7 Maggio »	18-19 » »	» » »
» 3	6 Maggio »	13 » »	24-25 » »	» » »
» 2	13 » »	21 » »	31-1 Giugno »	» » »
» 1	19 » »	27 » »	6-7 » »	» » »
» 1	21 » »	29 » »	8-9 » »	» » »

Tope messe all'oscurità nel X° e XI° giorno della montata.

N. tope in oss.	Giorno montata	Giorno messe all'oscuro	Epoca parto normale	Giorno in cui è avvenuto il parto	Osservazioni
N. 1	28 Aprile 1890	7 Maggio 1890	16-17 Magg. 1890	17 Maggio 1890	Ness. piccino soprav.
» 1	» » »	» » »	» » »	» » »	Un solo picc. cres.
» 1	2 Maggio »	11 » »	20-21 » »	22 » »	3 topolini allevati
» 1	» » »	» » »	" » "	21 » »	Tutti i picc. perirono
» 1	» » »	» » »	» » »	22 » »	3 bambini vissero
» 1	4 » »	13 » »	22-23 » »	22 » »	2 » »
» 1	» » »	» » »	» » »	.....	Non partorì
» 1	5 » »	14 » »	23-24 » »	24 » »	Un solo picc. crebbe
» 1	8 » »	17 » »	26-27 » »	26 » »	3 topolini camparono
» 1	» » »	» » »	» » »	27 » »	» » »

N. tope in oss.	Giorno montata	Giorno messe all'oscuro	Epoca parto normale	Giorno in cui è avvenuto il parto	Osservazioni
N. 1	8 Maggio 1890	17 Maggio 1890	26-27 Magg. 1890	27 Maggio 1890	Nessun feto campò
» 1	» » »	» » »	» » »	.....	Non partorì
» 1	10 » »	19 » »	28-29 » »	28 » »	Tutti i picc. morirono
» 1	» » »	» » »	» » »	28 » »	Un solo picc. campò
» 1	11 » »	20 » »	29-30 » »	30 » »	3 topolini sopravv.
» 1	16 » »	25 » »	3-4 Giugno »	4 Giugno »	Nessun campò
» 1	» » »	» » »	» » »	3 » »	2 piccini crebbero
» 1	20 » »	30 » »	7-8 » »	7 » »	3 picc. camparono
» 1	» » »	4 Giugno »	» » »	7 » »	Tutti morirono
» 1	25 » »	» » »	12-13 » »	12 » »	2 feti furono allevati
» 1	» » »	» » »	» » »	12 » »	Un sol picc. campò
» 1	» » »	» » »	» » »	13 » »	2 topolini vissero
» 1	28 » »	7 » »	15-16 » »	16 » »	Tutti morirono
» 1	» » »	» » »	» » »	16 » »	3 topolini sopravv.
» 1	» » »	» » »	» » »	15 » »	» » »

Mi rimaneva ora di osservare quale fosse lo sviluppo dei neonati alla luce ed alla oscurità. Allo scopo di fare uno studio comparativo il più che fosse possibile esatto e completo, non mi limitai a confrontare l'accrescimento di quelli generati e crescenti alla luce con lo sviluppo di quelli generati e cresciuti all'oscurità, ma volli parimente conoscere come crescessero quelli generati all'oscurità portati alla luce, e viceversa quelli generati alla luce e vissuti poi all'oscurità.

In tal guisa poteva raffrontare i risultati di quattro modalità, le sole possibili per lo studio di tale argomento. Mi valsi del metodo delle pesate che credetti essere il più acconcio per tal genere di ricerche. Di modo che i piccini dal loro giorno di nascita fino al 20 giorno di vita, epoca in cui comunemente hanno raggiunto un notevole sviluppo, venivano giornalmente ed alla medesima ora pesati in una bilancia di precisione (sensibile al 0,001 grm.).

Credetti di eliminare causa di errore, errori che del resto a parità di condizioni si compenserebbero in questi metodi di confronto, facendo allevare a ciascuna femmina non più di 3 piccini e che appena nati

avessero tutti eguale peso. Per pesare poi quelli che crescevano all'oscurità, chiusomi entro lo stanzino, ove teneva le tope in esperimento, poneva la gabbia ove erano i piccini entro una ampia cassetta di legno portatile e li portava nella camera, resa del tutto oscura, ove era la bilancia: per fare le pesate mi serviva della luce di una lampada a gas con vetri rossi.

Ogni pesata si faceva di 3 piccini insieme.

Per ogni serie di esperimenti pesai 20 piccini: era mio intendimento osservare ancora in un numero maggiore; ma nessuno può immaginarsi quanto tempo costi, quanto materiale vada perduto, quanto infine riesca difficile il potere fare allevare i propri piccini a quelle madri che sono tanto gelose dei loro piccoli e che tosto abbandonano qualora si accorgono che qualcheduno glieli abbia toccati.

L'esperienza mi fece accorto che questa difficoltà un poco è diminuita se si ha l'avvertenza di togliere dalla gabbia la madre prima di prendere i piccini per pesarli, in modo che quella non veda portarsi via i suoi piccoli.

Gli evidenti risultati ottenuti, che qui appresso riporto in apposite tavole, mi fecero vedere che più di tutti aumentarono in peso quelli che furono partoriti e crebbero alla luce; poscia venivano quelli la madre dei quali solamente era stata alla luce durante la gravidanza ed i piccini invece crebbero all'oscurità: terzi erano quelli che la madre per tutto il tempo della gestazione visse all'oscuro ed i piccini invece alla luce; ed in ultimo i meno sviluppati, quelli dei quali la madre gestante ed essi pure erano stati all'oscurità. Notai anch'io un ritardo nello schiudersi delle palpebre in quelli vissuti nell'oscurità a confronto di quelli vissuti alla luce: ma il fatto che più mi ha colpito è stato il vedere che quei piccini generati e cresciuti lungi dalla luce, ma espostivi in seguito, anche molto tempo dopo dalla loro nascita non raggiungevano mai la grandezza degli altri e in mezzo a tutti si riconoscevano a prima vista per essere le lore forme meno sviluppate. Riceveva la medesima impressione come se vedessi tanti bambini rachitici in mezzo ad altri sani e robusti. Questo fatto sarebbe d'accordo con le osservazioni di Edward, Schuetzeler, Aducco.

Per maggiore chiarezza ed a conforto di quanto io ho detto trascriverò le singole pesate. Perchè fosse più evidente, in ciascuna serie feci la media dell'accrescimento giornaliero di un topolino nei suoi primi venti giorni di vita.

Serie I. **Madre e piccini alla luce.**

Numero progr.	12 Marzo 1890 Topi N. 3	12 Marzo 1890 Topi N. 3	26 Aprile 1890 Topi N. 3	10 Maggio 1890 Topi N 3.	13 Maggio 1890 Topi N. 3	1 Giugno 1890 Topi N. 3	9 Giugno 1890 Topi N. 3	Peso medio di un topo
1	Grm. 3.713	Grm. 3.720	Grm. 3.715	Grm. 3.718	Grm. 3.710	Grm. 3.720	Grm. 2.540	Grm. 1.242
2	» 4.475	» 3.755	» 3.916	» 3.996	» 4.250	» 4.245	» 2.868	» 1.341
3	» 5.095	» 3.990	» 4.121	» 4.310	» 4.635	» 4.829	» 3.608	» 1.529
4	» 6.010	» 4.445	» 4.472	» 4.625	» 4.912	» 5.411	» 3.715	» 1.679
5	» 6.955	» 5.180	» 4.845	» 5.015	» 5.241	» 5.963	» 3.974	» 1.856
6	» 8.880	» 6.085	» 5.465	» 5.835	» 5.852	» 6.701	» 4.293	» 2.155
7	» 9.280	» 6.752	» 5.890	» 6.101	» 6.091	» 7.437	» 4.615	» 2.308
8	» 10.270	» 7.650	» 6.400	» 6.978	» 6.635	» 7.996	» 4.938	» 2.534
9	» 11.595	» 8.820	» 7.120	» 7.329	» 7.291	» 8.874	» 5.520	» 2.826
10	» 12.450	» 9.695	» 8.170	» 8.150	» 8.085	» 9.690	» 5.879	» 3.105
11	» 13.600	» 10.776	» 9.600	» 9.226	» 8.901	» 10.095	» 6.215	» 3.425
12	» 14.300	» 11.700	» 9.805	» 10.109	» 9.800	» 10.984	» 6.909	» 3.680
13	» 15.300	» 12.520	» 10.621	» 10.989	» 10.765	» 11.849	» 7.891	» 3.996
14	» 16.020	» 13.300	» 11.360	» 11.805	» 12.009	» 12.958	» 8.680	» 4.306
15	» 16.470	» 14.230	» 11.885	» 12.439	» 12.972	» 13.769	» 9.735	» 4.574
16	» 16.870	» 14.615	» 12.525	» 13.215	» 13.591	» 14.528	» 10.463	» 4.790
17	» 17.235	» 15.060	» 13.300	» 14.196	» 14.847	» 15.873	» 10.780	» 5.064
18	» 17.436	» 15.930	» 14.720	» 14.941	» 16.021	» 16.492	» 11.097	» 5.331
19	» 17.682	» 16.600	» 15.505	» 15.724	» 17.113	» 17.089	» 11.581	» 5.564
20	» 18.015	» 17.800	» 16.324	» 16.891	» 18.296	» 17.971	» 11.975	» 5.863

Serie II. **Piccini solamente all'oscurità.**

Numero progr.	28 Febbr. 1890 Topi N. 3	15 Marzo 1890 Topi N. 3	23 Marzo 1890 Topi N. 3	7 Aprile 1990 Topi N. 3	30 Aprile 1890 Topi N. 3	9 Maggio 1890 Topi N. 3	1 Giugno 1890 Topi N. 2	Peso medio di un topo
1	Grm. 3.726	Grm. 3.715	Grm. 3.718	Grm. 3.720	Grm. 3.715	Grm. 4.724	Grm. 2.536	Grm. 1.242
2	» 4.166	» 3.792	» 3.804	» 4.072	» 3.820	» 4.110	» 2.545	» 1.312
3	» 4.606	» 4.710	» 4.746	» 4.415	» 4.214	» 4.751	» 2.808	» 1.512
4	» 5.064	» 5.213	» 5.410	» 4.800	» 4.570	» 4.922	» 3.001	» 1.629
5	» 5.610	» 5.321	» 5.804	» 5.510	» 5.102	» 5.910	» 3.402	» 1.832
6	» 6.536	» 6.250	» 7.808	» 6.743	» 5.943	» 6.724	» 4.238	» 2.152
7	» 7.006	» 6.511	» 6.912	» 7.100	» 6.559	» 7.410	» 4.576	» 2.303
8	» 7.600	» 7.538	» 7.475	» 7.901	» 7.606	» 7.756	» 4.722	» 2.529
9	» 8.690	» 8.350	» 8.200	» 8.969	» 8.099	» 8.753	» 5.389	» 2.822
10	» 9.800	» 8.917	» 9.693	» 9.308	» 8.864	» 9.315	» 5.894	» 3.089
11	» 10.610	» 9.724	» 9.987	» 9.957	» 9.711	» 9.804	» 6.182	» 3.298
12	» 10.865	» 10.563	» 10.722	» 10.289	» 10.623	» 10.432	» 6.643	» 3.506
13	» 11.340	» 10.918	» 11.450	» 10.874	» 11.105	» 10»965	» 6.930	» 3.679
14	» 11.785	» 11.474	» 11.936	» 11.139	» 11.821	» 11.222	» 7.550	» 3.846
15	» 12.420	» 11.850	» 12.251	» 11.670	» 12.273	» 11.730	» 7.937	» 4.006
16	» 12.740	» 12.346	» 12.749	» 11.952	» 12.659	» 11.951	» 8.211	» 4.100
17	» 12.870	» 12.910	» 12.912	» 12.407	» 12.933	» 12.428	» 8.845	» 4.255
18	» 13.120	» 13.495	» 13.454	» 12.893	» 13.321	» 12.831	» 9.346	» 4.423
19	» 13.810	» 13.882	» 13.800	» 13.440	» 13.845	» 13.314	» 9.722	» 4.594
20	» 14.705	» 14.597	» 14.437	» 13.792	» 14.496	» 13.995	» 10.119	» 4.807

SERIE III. Madre soltanto all'oscurità.

Numero progr.	4 Marzo 1890 Topi N. 3	31 Marzo 1890 Topi N. 3	27 Aprile 1890 Topi N. 3	4 Maggio 1890 Topi N. 3	27 Maggio 1890 Topi N. 3	13 Giugno 1890 Topi N. 3	20 Giugno 1890 Topi N. 2	Peso medio di un topo
1	Grm. 3.451	Grm. 3.446	Grm. 3.452	Grm. 3.450	Grm. 3.448	Grm. 3.450	Grm. 2.270	Grm. 1.098
2	» 3.850	» 3.910	» 3.829	» 3.621	» 3.615	» 3.872	» 2.528	» 1.261
3	» 4.065	» 4.120	» 4.150	» 3.980	» 3.929	» 4.263	» 2.760	» 1.363
4	» 4.340	» 5.540	» 4.601	» 4.425	» 4.332	» 4.851	» 3.052	» 1.507
5	» 4.715	» 5.255	» 4.973	» 4.813	» 4.928	» 5.207	» 3.255	» 1.632
6	» 5.015	» 5.795	» 5.500	» 5.200	» 5.373	» 5.635	» 3.538	» 1.807
7	» 5.420	» 6.640	» 5.837	» 5.691	» 5.900	» 5.944	» 3.942	» 2.038
8	» 5.945	» 6.850	» 6.315	» 5.988	» 6.659	» 6.307	» 4.143	» 2.110
9	» 6.290	» 7.870	» 9.966	» 6.724	» 7.203	» 6.821	» 4.598	» 2.326
10	» 6.910	» 8.125	» 7.325	» 7.179	» 7.810	» 7.340	» 4.976	» 2.483
11	» 7.420	» 9.210	» 7.880	» 7.846	» 8.461	» 7.915	» 5.302	» 2.701
12	» 8.130	» 9.762	» 8.615	» 8.501	» 9.105	» 8.200	» 5.570	» 2.894
13	» 8.944	» 8.940	» 9.098	» 8.922	» 9.593	» 8.694	» 6.964	» 3.057
14	» 9.3 0	» 10.291	» 9.502	» 6.755	» 9.918	» 8.982	» 6.161	» 3.199
15	» 9.895	» 10.676	» 9.919	» 10.300	» 10.407	» 9.406	» 6.930	» 3.376
16	» 10.430	» 10.995	» 10.321	» 10.728	» 10.952	» 9.877	» 7.146	» 3.522
17	» 10.966	» 11.340	» 10.800	» 11.411	» 11.633	» 10.359	» 7.457	» 3.698
18	» 11.432	» 11.921	» 11.756	» 11.807	» 11.859	» 10.922	» 7.950	» 3.882
19	» 12.101	» 12.185	» 12.109	» 12.006	» 12.105	» 11.504	» 8.104	» 4.005
20	» 12.360	» 12.310	» 12.358	» 12.295	» 12.348	» 12.350	» 8.255	» 4.115

Numero progr.	22 Marzo 1890 Topi N. 3	22 Maggio 1890 Topi N. 3	26 Maggio 1890 Topi N. 3	30 Maggio 1890 Topi N. 3	7 Giugno 1890 Topi N. 3	13 Giugno 1890 Topi N. 3	16 Giugno 1890 Topi N. 2	Peso medio di un topo
1	Grm. 3.449	Grm. 3.451	Grm. 3.454	Grm. 3.452	Grm. 3.450	Grm. 3.451	Grm. 2.266	Grm. 1.145
2	» 3.590	» 3.796	» 3.620	» 3.599	» 3.896	» 3.628	» 2.390	» 1.225
3	» 3.870	» 4.045	» 3.925	» 3.885	» 4.100	» 3.915	» 2.500	» 1.312
4	» 4.320	» 4.500	» 4.093	» 4.106	» 4.521	» 4.272	» 2.841	» 1.432
5	» 4.770	» 4.765	» 4.521	» 4.653	» 4.708	» 4.690	» 3.142	» 1.563
6	» 5.000	» 5.190	» 4.980	» 4.901	» 4.974	» 4.896	» 3.584	» 1.676
7	» 5.036	» 5.720	» 5.213	» 5.476	» 5.350	» 5.470	» 3.726	» 1.799
8	» 5.405	» 6.270	» 5.864	» 5.820	» 5.851	» 5.837	» 3.932	» 1.948
9	» 5.858	» 6.901	» 6.525	» 6.246	» 6.105	» 6.529	» 4.142	» 2.115
10	» 6.383	» 7.460	» 7.095	» 6.915	» 6.630	» 6.910	» 4.590	» 2.299
11	» 6.960	» 7.960	» 7.870	» 7.290	» 6.998	» 7.251	» 4.758	» 2.454
12	» 7.700	» 8.790	» 8.688	» 7.771	» 7.854	» 7.805	» 5.132	» 2.687
13	» 8.246	» 9.460	» 6.009	» 8.032	» 8.200	» 8.779	» 5.820	» 2.877
14	» 8.812	» 10.080	» 9.737	» 8.859	» 8.916	» 9.343	» 6.015	» 3.088
15	» 6.566	» 10.310	» 10.094	» 9.032	» 9.232	» 9.864	» 6.291	» 3.219
16	» 10.163	» 10.500	» 10.382	» 9.598	» 9.580	» 10.159	» 6.673	» 3.367
17	» 10.505	» 10.800	» 10.690	» 9.970	» 9.972	» 10.670	» 7.162	» 3.488
18	» 10.725	» 10.965	» 10.805	» 10.493	» 10.415	» 10.831	» 7.320	» 3.573
19	» 10.835	» 11.002	» 11.010	» 10.867	» 10.803	» 11.019	» 7.619	» 3.657
20	» 11.014	» 11.083	» 11.122	» 11.070	» 11.105	» 11.179	» 7.861	» 3.721

Posso quindi concludere, appoggiandomi ai risultati dei miei esperimenti, che nei topi di cui mi sono servito:

I. L'oscurità nei primi giorni di gravidanza l'interrompe...

II. L'oscurità non modifica per nulla la durata della gestazione a gravidanza inoltrata.

III. L'oscurità modifica alquanto lo sviluppo dei neonati.

IV. Lo sviluppo minore si verifica in quelli che non solo crebbero lungi dalla luce, ma che ebbero la propria madre durante la gestazione anch' essa all' oscurità: è maggiore in quelli cresciuti alla luce ma generati all'oscurità: maggiore ancora in quelli generati alla luce, ma cresciuti all' oscurità: massimo infine è lo sviluppo di quelli che tanto la madre quanto i piccini stettero alla luce e questi mi servirono di confronto.

Nel mentre attendiamo dalla fisiologia la giusta interpretazione di questi fatti, facciamo rilevare quanto sarebbe preziosa per gl' igienisti una parola della scienza in proposito: ad essi cui sta a cuore allontanare tutte quelle cause che infraliscono l'organismo, tutti quegli agenti che arrestano o ritardano lo sviluppo del corpo e della mente.

Ed ora un grazie di cuore all'egregio amico e collega dott. Umberto Rossi che mi dette coraggio a superare le difficoltà che incontrai nell'eseguire tali ricerche.

Firenze, 27 agosto 1890.

NB. — Nel mentre questa mia memoria era in corso di stampa veniva pubblicato: « Sull' influenza della luce nella clorosi. » Bullettino. — « Azione della luce solare sui microrganismi » del dott. S. Ponsini.

La coincidenza del tempo non solo, ma sopratutto interessando ben poco il mio argomento, mi astenni dal menzionarli.

BIBLIOGRAFIA

1824. M. F. Edwards. — « Traité de l'influence des agents physiques sur la vie. » Paris 1824.

1850-63. M. Higginbottom. — *Journal de la physiologie de Brown Sequard,* tomo VI, N. 22. » Philosophical Transactions » 1850.

1863. M. Mac Donnel. — Idem come sopra.

1873. M. I. B. Schuetzeler. — *Bulletin de la Société Vaudoise des sciences naturelles.*

1887. A. Marcacci. — « Azione degli alcaloidi sul regno animale e vegetale. » *Annali della Libera Università di Perugia,* 1887.

1889. V. Aducco. — « Azione della luce sopra la durata della vita, la perdita in peso, la temperatura, e la quantità di glicogeno epatico e muscolare nei colombi sottoposti al digiuno. » *Annali della R. Accademia dei Lincei,* 1889.

1890. U. Rossi. — « Atti dell'Accademia Medico-Fisica Fiorentina. » Adunanza 9 Marzo 1890. Sperimentale. Fasc. 6 Giugno 1890.

1858. M. Beclard. — « Influence de la lumière sur les animaux. » Comptes rendus T. XLVI. 1858.

1874. M. I. B. Schuetzeler. — Loc. cit.

1879. Uskoff. — « Einfluss von farbigem Lichte auf das Protoplasma des Thierkörpers. » *Centralbt. f. die med.* Wissenschaft. 1879.

1880. E. Gysi e Luchsinger. — « Zur Lehre über Einfluss der Farbe aus das Entwickelungsleben der Thiere. Suhenh's, Mitt. » Wien, p. 265, 1880.

1881-83. I. Lubbock. — « Observations on Ants, Bees and Wasps. » *Linean Society Journal Zoologi.* tom. XIV. *Journal Lien Society,* 1881-83.

1882. W. Engelmann. — « Ueber Licht und Farbenperception niederster Organismen. Phlüger's. » *Archiv.* 1882 XXIX Band.

» Id. « Ueber Sauerstoffausscheidung von Pflanzenzellen in Mikrospektrum. Phlüger's » *Archiv.* XXVII Band.

» Id. « Bacterium photometricum. Ein Beitrag zur vergleichenden Phisiologie des Licht und Farbensinnes Phlüger's. » *Archiv.* XXIX. « Prüfung der Diathermanität einiger Medim mittelst Bacterium photometricum. Phluger's, *Archiv.* XXX.

1883. E. Gorbatzèvitch. — « De l'influence de différents rayons colorés sur le développement et la croissance des mammifères. » Thèse de Saint Petersbourg, 1883.

1884. Romanes. — L'évolution mentale chez les animaux. » Paris, 1884.

1876. M. S. Arloing. — « Influence de la lumière blanche et de ses rayons constituants sur le développement et les propriétés du bacillus antrhacis. » *Archives de Physiologie normale et patol.* 1886, pag. 216.

1887. L. Fubini ed F. Spallitta. — « Influenza della luce monocromatica sulla espirazione di acido carbonico. » *Archivio per le scienze mediche.* Vol II. N. 15, 1887.

1855. Iac. Moleschott. — « Ueber den Einfluss des Lichts auf die Menge der vom Thierkörper aus ges chiedenen Kohlesäure. » *Wiener med. Woch,* 1855. N. 43.

1870. A. Selmi e G. Piacentini. — « Dell'influenza dei raggi colorati sulla respirazione. » Rendiconto del R. Istituto Lombardo di scienze e lettere, 1870. S. 2, V. 3, p. 51.

1872. — I. CHASANOWITZ. — « Ueber den Einfluss des Lichtes auf die Kohlensaure. » Ausscheidung in thierischen Organismus. Konisberg, 1882.

1875. OTTO von PLATEN. — « Ueber den Einfluss des Auges auf den thierischen Stoffwechsel. » Phlüger's. *Archiv* 1875, II Band. pag. 272.

1875. ROBERT POTT. — « Vergleichende Untersuchung über die Mengenverhaltnisse der durch Respiration ausgeschiedenen Kohlensäure bei verschiedenen Thierspecies in gleichen Zeitraümen, nebst einigen Versuchen über Kohlensäureausscheidung dessemblen Thieres unter verscheidenen phisiologischen Bedingungen. » Iena 1875.

1876. S. FUBINI. – « Respiration cutanée des grenouilles, sous le point de vue de l' influence de la lumière. » Comptes rendus de l'Academié des sciences de Paris, 1886.

1876. S. FUBINI e F. RONCHI. — « Della perspirazione di anidride carbonica nell'uomo. » *Archivio per le scienze mediche.* Volume I, 1876-77.

1879. IAC. MOLESCHOTT e E. FUBINI. — « Sull'influenza della luce mista e cromatica sull' esalazione di acido carbonico per l'organismo animale. » Torino 1879.

1890. A. MORI. « Ricerche sulla respirazione delle piante verdi all' oscuro ed alla luce, sotto l' azione degli anestetici. » Atti e rendiconti dell'accademia medico chirurgica di Perugia. Volume II, fascicolo III, 1890.

1890. H. NEWELL MARTIN und IUL. — *Friedrwall Centralbatt, fur Physiologie,* 29 Marzo 1890.

1890. S. PONSINI. — « Azione della luce solare sui microrganismi. » *Bollettino della Società dei Naturalisti di Napoli.* Anno I, serie I, vol. 4. 1890.

1890. BULLETTINO — « Sulla influenza della luce nella clorosi. » Lecco, 1890.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Ancora sull'allungamento ipertrofico della porzione vaginale del collo uterino

PER IL

Dott. F. VILLA

In aggiunta ad una nota riguardante questo tema e pubblicata nel corrente anno in questo stesso giornale (1) riferisco due altri casi che non solo ebbi ad osservare, ma altresì a curare secondo quelle idee che allora esposi.

C. Bambina, d'anni 54, operaia, entrata nel comparto il 23 marzo 1890, uscitane l'11 aprile 1890 N. R. 68. Nullipara vide già da più anni cessare le mestruazioni. I disturbi pei quali domanda il soccorso dell'arte iniziarono in modo quasi improvviso pochi mesi or sono cagionando notevole molestia alla deambulazione, dolori ai genitali esterni attraverso ai quali tendeva farsi strada il collo uterino. Si osserva che l'utero un po' ingrossato giace in retro latero versione destra mobile, e che la cavità sua misura 9 cent.: la cupola vaginale anteriore è alquanto abbassata, quella posteriore in posto:

Parete vaginale anteriore lunga	cent.	5
» posteriore	»	8 1/2
Labbro anteriore del collo	»	2 1/2
» posteriore	»	5 1/2

(1) Numero 3-4. « Sull'eziologia dell'allungamento ipertrofico della porzione vaginale del collo uterino. »

Il collo liscio regolare è cilindroideo e di consistenza elastica.

Diagnosi — ipertrofia longitudinale delle porzioni vaginale e media del collo con retrolatero versione destra d'utero mobile.

Li 30 marzo applicazione di pessario a barra trasversale, previa riduzione del viscere in spiccata antiversione.

Li 11 aprile, l'utero conserva la posizione nella quale fu posto, ed il pessario è ben tollerato; la porzione vaginale del collo misura anteriormente poco meno di 1 cent. e posteriormente 3 cent. Tolto il pessario si riconosce che il fornice anteriore si è perfettamente ripristinato e che la cavità uterina è ridotta a 69 mm.

B. Virginia, anni 22, operaia, entrata nella clinica il 17 aprile 1890, uscitane il 14 maggio 1890. N. R. 18.

Nullipara, mestruata irregolarmente da qualche anno per ricorrere i periodi catameniali a lunghi intervalli e per essere preceduti da dolori. Da tre mesi soffre di senso d'occupazione molestissimo ai genitali con irradiazioni alle reni, ed ai quadrati inferiori e leucorrea: i disturbi insorsero lentamente e crebbero pure lenti, ed attualmente la donna non può far fatiche nè stare a lungo in piedi.

Riscontro vaginale — il dito incontra tosto il collo che occupa tutto il canale vaginale, che ha consistenza molle, elastica e che è di forma cilindroide: le parti elevate della vagina sono un po' afflosciate, e l'utero retroverso è mobile, e dalla sua cavità lascia uscire copioso catarro muco-purulento.

Parete vaginale anteriore	cent.	6
» » posteriore	»	7 1/2
Labbro anteriore del collo	»	5
» posteriore »	»	6
La sonda penetra per	»	10 1/2

Li 21 aprile nella cloronarcosi si pratica il raschiamento e poi si applica un pessario di Hodge, essendo l'utero stato posto nella posizione fisiologica.

Li 15 maggio, il pessario, tollerato senza alcuna molestia, compie ottimamente il proprio ufficio, conservandosi l'utero in antiversione; il collo uterino ridotto assai di lunghezza, misura poco più di 1 cent. nel labbro anteriore e 2 cent. circa in quello posteriore — leucorrea insignificante. Non si potè praticare il sondaggio rifiutandosi la donna all'esame più oltre protratto. Contro la promessa data, non venne mai più a farsi visitare.

Nella prima osservazione la ipertrofia della porzione vaginale era associata a quella della porzione media, e non offrivasi che di modico grado. Al momento nel quale la donna fu dimessa, il labbro anteriore si era accorciato di cent. 1 1[2, il labbro posteriore si era accorciato di cent. 2 1[2, e l'abbassamento della cupola vaginale anteriore era scomparso essendosi ripristinato perfettamente tale fornice; onde parmi che l'allungamento della porzione media della cervice possa valutarsi essere stata di 1 cent. Ed infatti la vagina mentre prima nella sua parete anteriore era lunga 5 cent., di poi aveva la lunghezza di 6 cent., dal che quindi risulta che in quella donna esisteva fra le pareti vaginali anteriore e posteriore una cospicua differenza di lunghezza e tale da far ritenere che la brevità di quella anteriore fosse stata la causa della retroversione. Invero le medie di alcuni autori sono superiori alle cifre riscontrate in questi due casi, ed in quelli già da me pubblicati, poichè Tillaux porta le medie di cent. 7-8 e di cent. 8-10, e Sapey assegna alla parete vaginale anteriore la misura di 8-9 cent. ed alla posteriore quella di 9-10 cent., e la differenza fra le dette pareti che la Boivin indicò essere di cent. 2 1[2 pare a tutti eccessiva.

Poichè l'ipertrofia della porzione media era assai inferiore per grado a quella della porzione vaginale, non si potrebbe muovere il dubbio che questa fosse congenita e che l'altra fosse sola causa delle molestie, chè, e la forma e la consistenza del collo e l'assenza di disturbi preesistenti sono ragioni abbastanza valide da opporsi a tale ipotesi; ma tuttavia di questa osservazione io non ne faccio conto per sostenere la mia tesi sull'eziologia ma solo per ciò che riguarda la terapia dell'allungamento ipertrofico, essendosi ottenuto un risultato completo, senza operazione di sorta.

Il secondo caso invece è assolutamente tipico onde basta il riferire la sola osservazione perchè risulti come anche qui esistessero quei fattori del processo d'ipertrofia che già ebbi ad indicare e cioè la nulliparità, il genere di vita faticoso, la brevità della vagina, mentre poi ambedue i casi sembrami depongano anche per il fatto che la retroversione possa essere considerata più quale altro degli effetti di qualcheduno dei fattori dell'ipertrofia che non quale conseguenza diretta di essa, poichè la brevità relativa del canal vaginale è una delle cause di tale deviazione posteriore. Così parmi riesca meglio spiegabile perchè talune volte il corpo uterino venne trovato in posizione fisiologica, od

anche nell' antiflessione più spiccata; il che non dovrebbe accadere se lo spostamento all' indietro fosse una semplice conseguenza dell' allungamento ipertrofico.

Il solo cangiamento di posizione del corpo e del collo uterino valse a rimuovere quel perturbamento della circolazione e della nutrizione dal quale si ripete la malattia in discorso, ed a produrre inoltre quella regressione che non si ritiene possibile; ed i successi terapeutici furono pronti e completi, contrariamente all' opinione comune, recentemente ripetuta dal Pozzi (1) che « l'allungamento una volta formatosi non ha alcuna tendenza alla regressione, e solo un' operazione può fare scomparire questa sorgente di dolori e di accidenti d'ogni sorta. » La famigliarità acquistata nella plastica vaginale e negli atti operativi cruenti sul collo uterino, sia per aver prestato assistenza a più d'un centinaio di siffatte operazioni, come anche per averne io stesso praticato in buon numero, dovrebbe rendermi proclive all'intervento chirurgico; ma poichè credo che la guerra che si muove in oggi al pessario sia in parte dovuta all' uso punto appropriato ed alla cattiva applicazione che di tale apparecchio si fece e si fa tuttora, così parmi opportuno il rilevare che, poichè a parità d'efficacia sono sempre da preferirsi quei mezzi che non sono dolorosi, che non offrono il menomo pericolo, che non distolgono la malata dalle occupazioni abituali e che non ne preoccupano menomamente il pensiero, giacchè spesso la sola parola operazione è causa di cieco spavento e di opposizione ostinata a qualsiasi cura, così in questi casi il pessario debba avere indiscutibile preferenza, pur restando ferme le eccezioni fatte per talune circostanze.

---

(1) « Traité de ginécologie clinique et opérative » 1880, pag. 583.

I primi 15 mesi del Comparto Ostetrico-Ginecologico

dell'Ospedale Maggiore di Milano

DIRETTO DAL PROF. **LUIGI MANGIAGALLI**

Ottobre 1888 - Dicembre 1889

RENDICONTO CLINICO

DEL DOTTOR CARLO DECIO, MEDICO ASSISTENTE

(Continuazione e fine, vedi pag. 721).

CLASSE III. — Puerpere ammalate.

Un'altra grande classe di ammalate che il comparto ricovera, dissi, al principio del Rendiconto, essere costituita dalle puerpere, *entro il periodo di 4 settimane dal parto se affette da forme mediche e chirurgiche; ovvero in qualunque epoca del puerperio per affezioni inerenti allo stato di puerperalità.* La seconda classe è quella che ci diede il maggiore contingente di casi. Riunisco le forme della prima e della seconda classe nel seguente specchio:

Puerpere non infeziose.

Ricoverate per forme mediche senza complicazioni puerperali	N. delle ricov.	N. delle morte	Ricoverate per forme chirurg. senza affezioni puerperali	N. delle ricov.	N. delle morte	Ricoverate per malattie dei genitali inerenti o no allo stato di puerperio	N. delle ricov.	N. delle morte
Apparecchio circolatorio	3	—	Ascesso alla guancia	1		Subinvoluzione uterina	10	—
Apparecchio respiratorio	16	3				Lacerazioni perineali	3	—
Apparecchio digerente	4	—				Uretrite blenorragica	1	—
Apparecchio uropoietico	11	4				Inversione uterina puerperale	1	—
Apparecchio locomotore	3	—				Trombo vulvo vaginale	2	—
Forme palustri	6	—						
Malattie costituzionali	11	—						
	54							
Puerperio normale	2							
	56	7		1			17	

Puerpere infeziose.

Forme infettive inerenti allo stato di puerperio	N. ricoverate	N. delle morte
Setticemia puerperale	12	7
Peritonite puerperale	7	5
Arresto di residui placentari	66	12
Endometrite puerperale	8	—
Ovarosalpingite e paraovarite	6	—
Perimetrite	7	—
Parametrite	57	1
Flegmasia alba dolens	4	—
Affezioni mammarie puerperali	11	—
	178	25

A. **Puerpere non infeziose.** — Molte delle puerpere di questa categoria, quelle affette da forme mediche o chirurgiche, non presentano grande interesse, perchè il loro passaggio per il comparto è affatto incidentale, subordinato alla loro condizione di puerperalità. Mi sono però limitato a numerarle nello specchio. Dirò pure brevi parole delle puerpere ricoverate per malattie non infeziose, ma in dipendenza del puerperio.

La *subinvoluzione uterina* puerperale ci si presentò quasi sempre accompagnata da uno stato di deperimento considerevole di tutto quanto l'organismo, e sopratutto in soggetti oligoemici e palustri; otto volte dopo parti normali e due volte dopo parti abortivi; tranne una, le puerpere erano tutte pluripare. Nessuna particolarità degna di rilievo nella storia dei parti; solo in un caso il parto fu laborioso, probabilmente per inerzia. Circa il secondamento non ho potuto raccogliere dati positivi; quattro volte però, nelle prime giornate, fu vista insorgere emorragia, la quale fu assai viva in uno dei due casi di aborto accennati, in cui il feto nacque morto. In quanto alla cura fu alla segala, all'ergotina, al chinino, all'hydrastis canadensis, alle irrigazioni calde che si ricorse ed alla cura ricostituente come complementare. In 3 casi la subinvoluzione e la notevole flaccidezza dell'utero causò ristagno di secreti lochiali senza elevazioni termiche, e fu necessaria l'irrigazione endouterina di soluzioni antisettiche.

I 3 casi di lacerazioni perineali nulla ci offersero di speciale. Furono

osservate in 2 primipare, ad una delle quali il feto fu estratto col forcipe, ed in una secondipara. In tutte il puerperio decorreva afebbrile.

Il caso di *inversione puerperale dell' utero* fuoruscente dai genitali esterni, in incipiente sfacelo, verrà da me soltanto accennato, poichè su di esso voglio tornare più ampiamente in altra pubblicazione, sembrandomi di molto interesse sotto parecchi punti di vista. Per ora basti l'accennare, che, ad onta delle misere condizioni in cui versava la donna, essa venne operata felicemente di amputazione del viscere inverso con esito di pronta guarigione. Quivi pure non faccio che ricordare 2 casi *di trombi vulvo-vaginali in puerpere*, già esposti dettagliatamente nella prima parte del rendiconto (Pag. 102-103).

B. **Puerpere con forme infettive puerperali**. — L'ingente numero di forme infettive ricoverate sta a provare quanto sia ancora un mito l'assistenza asettica del parto nella pratica privata e come l'igiene pubblica abbia ancora dinanzi a sè un vasto campo di operosità benefica. Ad esse fanno singolare contrasto le puerpere divenute tali in comparto per lo sgravo delle gravide ammalate, da noi accolte, *delle quali non una ebbe ad ammalare di forma infettiva.*

Prima di compendiare le storie delle numerose puerpere accolte in comparto con forme infeziose puerperali, accennerò a quanto si pratica per esse. Inseguire il nemico laddove si è annidato, inseguirlo dovunque l'arte ci permetta di raggiungerlo, combatterlo più energicamente che sia possibile con tutti i mezzi che sono a nostra disposizione, qualunque siano le complicanze, cercare di distruggere innanzi tutto il focolaio primitivo da cui divampò l'incendio, è questo lo scopo che ci proponiamo di conseguire. Per ogni puerpera infeziosa, che entra nel comparto, si provvede alla disinfezione diligente dei genitali esterni, indi a quella della vagina (sublimato uno per mille), togliendo lembi gangrenosi, aprendo seni fistolosi se esistono, cauterizzando piaghe micotiche, ecc. Disinfettati i genitali esterni e la vagina, viene la volta dell'utero se di là si ha ragione di credere sia partito il processo infettivo. Il collo uterino viene diligentemente esaminato e disinfettato e lo stesso si pratica per la cavità del corpo, irrigando (sublimato 1[2 per mille) raschiando o facendo l' ecouvillonage, estraendo i corpi estranei che per avventura ci fossero. La presenza di essudati nel cellulare uterino, di parametriti, di essudati peritoneali, non ci trattiene dal far questo quando esiste l'in-

dicazione di farlo. Le raccolte purulente, risiedano esse nella pleura, nel cellulare, nel cavo peritoneale, nelle cavità articolari vengono aperte; le cavità ascessuali ampiamente e generosamente lavate, irrigate (acqua bollita, acido borico 5 0[0, sublimato 1 per 8000). In questo modo si sono ottenuti successi veramente insperati in casi disperatissimi.

Nel fare il sommario delle osservazioni, io seguirò l'ordine indicato nel prospetto statistico.

a) Setticoemia.

Osservaz. I. Bar. Maria, entra il 5 novembre 1888, muore per *setticemia* il 9 novembre.

Osservaz. II. Red. Pasqualina entra il 23 dicembre 1888, *setticemia, lacerazione perineale, gangrena dei genitali esterni con placche difteroidee.* Muore il 28 dicembre in 4ª giornata dall'ingresso.

Osservaz. III. Cer. Maddalena, entra il 18 gennaio 1889, *setticemia, lacerazione perineale, seno fistoloso che mette in comunicazione la fossa ischio-rettale destra colla vagina. Gangrena estesa dei genitali esterni.* Muore il 24 gennaio.

Osservaz. IV. Ber. Luigia, entra il 5 marzo 1889, *setticemia,* muore il 9 marzo.

Osservaz. V. Liv. Stella, entra l'8 marzo 1889, *setticemia* puerperale. Muore nello stesso giorno.

Osservaz. VI. Bel. Luigia, entra il 21 luglio 1889, *infezione settica.* Muore il 28 luglio.

Osservaz. VII. Mag. Emilia, entra il 16 luglio 1889, *infezione puerperale, peritonite pelvica. Empiema sinistro. Apertura spontanea della sacca peritoneale nel retto, contro l'empiema si pratica la fistola toracica. Guarigione.* Esce il 6 agosto.

Osservaz. VIII. Alb. Rosa entra il 24 luglio 1889, *infezione settica. Guarigione.* Parte il 4 agosto.

Osservaz. IX. Gio. Giuseppina, entra il 6 luglio 1889, *infezione settica, pleurite destra. Guarigione.* Parte il 4 agosto.

Osservaz. X. Ca. Maria, entra l'1 agosto, *infezione settica complicata ad infezione palustre. Guarigione.* Parte il 16 agosto.

Osservaz. XI. Vol. Giuseppa, entra il 15 agosto. *Infezione settica, lacerazione perineale, placche necrotiche ai genitali esterni.* Sutura, coalito, guarigione. Esce il 25 agosto.

Osservaz. XII Mil. Regina, entra il 17 agosto per *setticemia puerperale*, è agonizzante, muore poche ore dopo.

b) Peritonite Puerperale.

Osserv. I. Ma. Ghita, entra il 15 ottobre 1888, *peritonite puerperale* post aborto. Irrigazioni endouterine. Oppio ad alte dosi, grandi vescicatori medicati coll'unguento cinereo. Guarigione.

Osservaz. II. Grass. Giulia, entra il 25 novembre 1888. *Peritonite puerperale.* Morte 30 novembre.

Osservaz. III. Lodi. Angela, entra il 26 gennaio 1889. *Peritonite puerperale.* Muore il 30 gennaio 1889.

Osservaz. IV. De. Ca. Angela, entra il 4 febbraio 1889. *Peritonite puerperale.* Embrocazioni di terebentina. Vescicanti. Morte il 22 febbraio 1889.

Osservaz. V. Fe. Fiora, entra il 14 marzo 1889, *peritonite puerperale.* Puntura esplorativa, morte improvvisa. Autopsia negativa riguardo alla causa della morte improvvisa. Nell'addome raccolta di marcia.

Osservaz. VI. Ca. Maria, entra il 23 Maggio 1889, *peritonite puerporale,* laparotomia, drenaggio multiplo. Morta il 26 giugno 1889.

Osservaz. VII. Ri. Luigia, entra l' 11 dicembre 1889, *peritonite puerperale,* condizioni generali gravissime. *Laparotomia.* Guarigione, esce il 23 gennaio 1890.

C. **Arresti totali o parziali di placenta.** — Un contingente cospicuo di puerpere giunse alle nostre sale per ritenzione parziale o totale di placenta, esse ammontarono complessivamente al numero di 67, delle quali 12 morirono. Non tutte però sarebbero da ritenersi a tutto rigore nel computo delle infeziose, poichè è noto che la ritenzione placentare non è necessariamente accompagnata da setticemia. In alcune di esse era prevalente il fatto *emorragico,* ma poichè in tutte si osservarono elevazioni termiche più o meno alte, più o meno fugaci, ma fugaci forse appunto per il pronto intervento, così preferii esaminarle riunite.

Diagnosi		Estrazione manuale	Raschiamento	Raschiamento previa dilatazione Hegar	Raschiamento e scopettamento	Scopettamento semplice. Irrigazioni	Guarite	Morte	TOTALE
Arresti totali di placenta	abortiva	3	4 (+ 1)	—	2 (+ 1)	—	7	2	9
	a termine	1	—	—	—	—	1	—	1
Arresti parziali di placenta	abortiva	1	2	8	2	—	13	—	13
	a termine	—	17 (+ 2)	—	21 (+ 6)	1	31	8	39
	di parti prematuri	—	3 (+ 2)	—	1	—	2	2	4
	Totale	5	26	8	26	1	54	12	66

Ho riunito nel suesposto specchietto i vari casi di ritenzione totale o parziale di placenta abortiva od a termine ed il trattamento impiegato. In ogni suddivisione ho posto fra parentesi il numero delle morte: di queste ultime, che già dissi doversi ascrivere fra le morte per setticoemia

darò un brevissimo riassunto, e così pure dei casi più gravi che vennero a guarigione.

L'indole del Rendiconto non mi permette di entrare in minuti dettagli, e di esaminare le singole osservazioni partitamente, nè di cercare le possibili cause che originarono in molti casi l'arresto di porzioni della placenta o delle membrane. Mi limiterò ad accennare soltanto alcuni dati i quali hanno una diretta correlazione colla affezione in discorso. Riguardo ai parti essi furono così riassunti.

I pare	II pare	III pare	IV pare	V pare	VI pare	VII pare	VIII pare	X pare	XII pare	XIV pare	XVI pare	Pluripare	Totale
13	6	4	4	4	6	5	4	1	1	1	1	16	66

Il parto fu strumentale 6 volte ed uno di questi gemellare. Pure gemellare fu un parto manuale; 6 volte il prodotto del concepimento, prematuro o precoce, nacque coi caratteri di macero-putrefazione. I parti gemellari, compresi i due già detti, ammontarono al numero di tre, e fu pure osservato un aborto bigemino.

Riguardo al secondamento si trovò che esso fu artificiale per ben 13 volte, e quasi sempre seguito da cospicua emorragia.

Più volte ci trovammo innanzi a complicazioni di non lieve importanza, così l'arresto placentare fu trovato unito a setticemia grave 11 volte, a lacerazioni perineali 5, a gangrena dei genitali 4, a parametrite 4, a pelvi peritonite 1, a flebite 1, a risipola 1, ad impaludismo 2, a broncopolmonite 1, ad oligoemia grave 5, a sifilide 1.

Le temperature offerte dalle pazienti variarono assai, toccando un massimo di 41° 6 in un solo caso, i 40° furono sorpassati per ben 25 volte. Tralascio di registrare le piressie inferiori. Ecco riassunte le osservazioni in cui l'esito letale non potè essere scongiurato dal trattamento messo in opera.

Osservaz. I. Mus. Maria, entra il 2 ottobre 1888. Arresto di placenta abortiva. Feto macerato quadrimestre, a domicilio secondamento artificiale incompleto. Tubercolosi polmonare. Morte il 4 ottobre.

Osservaz. II. Mon. Emilia, entra il 10 febbraio 1889. Arresto di placenta abortiva, donna sifilitica, feto macerato, setticoemia. Estrazione manuale, incompleta, a domicilio. Raschiamento. Morte il 25 febbraio.

Osservaz. III. Pall. Giuditta, entra il 17 aprile 1889. Arresto di placenta abortiva, tentativi di secondamento artificiale a domicilio. Endometrite settica consecutiva, lacerazione dei genitali esterni con placche difteriche. Raschiamento. Morte il 28 aprile.

Osservaz. IV. Agh. Rosa, entra il 28 maggio. A domicilio, parto gemellare strumentale, secondamento artificiale. Arresto parziale di placenta. Lacerazione del perineo. Gangrena dei genitali e del retto. Raschiamento. Muore nelle prime 24 ore d'ingresso.

Osservaz. V. Belin. Elisa, entra il 16 maggio 1889. Arresto di placenta, di parto gemellere manuale. Emorragia, lacerazione del perineo, lacerazione del collo. Raschiamento. Escare difteroidi, cauterizzazioni. Morte, 23 maggio 1889.

Osservaz. VI. Ma. Santina, entra il 4 maggio 1889. Infezione palustre, polmonite basilare destra. Raschiamento. Morte il 22 maggio.

Osservaz. VII. Pizzi Rachele, entra il 27 maggio 1889. Arresto placentare. Secondamento incompleto. Raschiamento. Morte il giorno successivo all'ingresso.

Osservaz. VIII. Mara Ester, entra il 6 agosto. Arresto placentare. Estrazione digito strumentale. Emorragia. Morte per setticoemia il 9 agosto.

Osservaz. IX. Ma. Teresa, entra l'11 settembre 1889, Arresto placentare, parto settimestre. Lacerazioni del collo. Setticemia. Raschiamento. Morte il 15 settembre.

Osservaz. X. Branz. Carolina. Arresto placentare. Parto strumentale. Secondamento incompleto. Lacerazione perineale, pelvi-peritonite. Setticoemia. Raschiamento. Perineorafia. Morte 28 luglio.

Osservaz. XI Doss. Livia, entra il 3 ottobre 1888. Aborto trimestre. Secondamento mancato. Setticoemia. Raschiamento. Morte il 15 novembre.

Osservaz. XII. Ama. Riccarda, entra il 28 ottobre 1889. Parto gemellare. Arresto di placenta. Raschiamento. Morte il 17 novembre.

È inutile l'aggiungere come la morte debba addebitarsi nei casi avvenuti alle gravissime condizioni in cui versavano le ammalate.

Ma se i nostri sforzi riuscirono vani nelle suesposte dodici osservazioni, abbiamo però avuto campo di vedere le nostre fatiche coronate da felice successo, nel rimanente dei casi, fra cui alcuni non meno gravi dei citati che pur essi vanno in ispecial modo ricordati.

Passerò sotto silenzio 25 casi, in cui toccate e sorpassate le temperature di 40°, 40°. 5 si arrivò alla guarigione dopo il raschiamento che fu più d'una volta ripetuto, non accennerò ai casi che ci offersero elevazioni minori, e così pure non farò che accennare a 5 casi in cui, oltre alla infezione puerperale, lo stato di profonda anemia per emorragie pregresse, avevano ridotte le nostre ricoverate agli estremi, e che nullameno poterono essere salvate dalle iniezioni di etere, di olio canforato, dalle inalazioni di ossigeno, dal tamponamento utero-vaginale e da tutti quei soccorsi, in una parola, che si sogliono mettere in pratica in simili circostanze.

Ecco 7 delle osservazioni più gravi passate a guarigione.

Osservaz. I. Bar. Angela, entra il 26 marzo. Arresto di frastagli placentari. Lacerazione perineale di 2° grado e gangrena circoscritta del gran labbro destro. Parametrite puerperale. Raschiamento. Scopettamento. Guarigione, uscita il 5 maggio.

Osservaz. II. Zon. Antonia, entrata il 18 maggio 1889. Arresto di placenta in isfacelo, febbre elevatissima. Parametrite. Raschiamento. Scopettamento. Guarigione, uscì il 16 giugno.

Osservaz. III. Gi. Teresina, entra il 2 giugno 1889. Arresto placentare con gangrena del collo, sede di multiple lacerazioni. Emorragia. Setticoemia. Raschiamento, tamponamento endouterino con garza iodoformica. Guarigione, uscì il 10 luglio.

Osservaz. IV. Air. Adele, entra il 26 luglio 1889. Arresto di placenta. Endometrite e perimetrite settica. Raschiamento. Irrigazioni. Guarita partiva il 19 agosto.

Osservaz. V. Croci Adele, entra il 2 luglio 1889. Arresto parziale di placenta. Albuminuria puerperale. Lacerazioni e difterite dei genitali esterni. Raschiamento. Guarigione, partì il 25 luglio.

Osservaz. VI. Cas. Giuseppina, entra il 26 settembre. Arresto di placenta. Endometrite settica consecutiva a parto di feto macerato. Raschiamento. Irrigazioni endouterine. Guarigione, uscì il 28 otttobre.

Osservaz. VII. Maret. Carolina entra il 27 novembre 1889. Arresto di placenta abortiva. Gangrena del collo uterino. Raschiamento. Irrigazioni endouterine. Guarita partiva il giorno 8 dicembre 1889.

D. **Endometrite settica.** — Si accolsero 8 pazienti, le quali volsero tutte più o meno rapidamente a guarigione. Di esse tre erano primipare e le altre pluripare: in due casi il secondamento fu incompleto, ed in altri due artificiale, notisi che in questi casi di secondamento abnorme una volta il parto di feto macerato avvenne al 7° mese, in un'altra al 4° mese (aborto bigemino) ed in altra ancora erasi praticato il rivolgimento per placenta previa. In tutte la febbre gagliarda era insorta con vivi dolori alla regione ipogastrica ed erasi di subito verificata perdita fetida dei genitali. Quali complicazioni si notò in un caso trombosi crurale tardiva, ed in un altro una profonda lacerazione del perineo: in due casi la endometrite settica esisteva in soggetti palustri.

Noterò altresì che tali puerpere giunsero alle nostre sale nei primi giorni di puerperio, circostanza questa, che reputo non affatto priva di importanza, specialmente dal lato della conseguita guarigione. Quasi tutte toccarono elevatissime temperature da sorpassare i 40, una arrivò fino a 40. 7. In quanto alla cura essa fu energica; là ove il collo uterino era frastagliato e coperto di placche grigiastre, si fecero delle raschiature

seguite da cauterizzazioni con batuffoletti intrisi di soluzione fenica al 10 0[0 e seguite alla lor volta da generose e diligenti irrigazioni endo-uterine, di sublimato corrosivo per mezzo della siringa di Dolèris. Ciò occorse di praticare 4 volte, negli altri casi l'ampia cavità uterina ricettante il fetido liquame lochiale fu solo fatta oggetto di accurate irrigazioni di sublimato corrosivo all'1 per 2000. In tutte assistemmo ad una rapida discesa della temperatura, e ad una normale involuzione uterina.

E. **Ovaro-salpingite. Perimetrite.** — Le *ovarosalpingiti* nulla di notevole offersero, tranne l'esito felice e rapido che si potè avere in una di esse, in cui, caduta la febbre, dopo quattro applicazioni di corrente continua (200 milliampères) l'ammalata si vide notevolmente migliorata. Nulla di speciale si notò nei tre casi di ovarite puerperale che passarono a guarigione, ed anche i 7 casi di perimetrite puerperale non ci offersero particolarità degne di essere ricordate.

F. **Parametriti puerperali.** — Il loro numero salì a 57. Troppo mi dilungherei se volessi pigliare in minuto esame le singole osservazioni; esporrò solo alcuni dati generali, che scaturirono dallo spoglio delle cartelle cubicolari.

Riguardo ai parti, essi furono trovate nell'ordine seguente:

Numero dei parti	Numero delle donne	Accidenti dei parti
I pare	21	un parto bigem. e due strumen.
II pare	5	
III pare	7	un aborto
IV pare	6	un aborto
V pare	5	un parto strumentale
VI pare	6	un parto settimestre, feto macerato, ed uno gemellare manuale
VII pare	2	
VIII pare	4	
XI pare	1	
Totale	57	

L'esposta tavola mi dispensa di pigliare in esame le particolarità relative all'ultimo parto delle singole donne. Non potei riunir sufficienti dati onde stabilire una media del giorno di puerperio in cui esse lasciarono imprudentemente il letto, ma questo fatto fu notato spesse volte nella seconda e terza giornata, cui subito fecero seguito i primi sintomi subbiettivi.

Associate al processo flogistico del cellulare pelvico, abbiamo trovato una volta la pleurite, che nel suo decorso portò la donna a morte, unico caso verificatosi fra queste ammalate, di cui alcune veramente gravi, trovammo la tubercolosi polmonare, tre volte, e quivi assistemmo al peggioramento delle condizioni polmonari; un caso di pleuro-polmonite, uno di entero colite in cui l'ascesso del parametrio si aperse spontaneamente in vagina, un caso di angina follicolare; l'infezione palustre ci offerse 2 osservazioni. Tutte queste ammalate guarite della forma puerperale passarono poscia in sala medica. Al comparto vaiolosi venne trasferita una paziente degente per *parametrite*, nella quale si era sviluppato l'esantema dopo molti giorni di degenza nelle nostre sale, senza che altro caso si verificasse in comparto.

Riguardo alla cura, dapprima, allorchè le malate erano febbricitanti si misero in opera i cataplasmi caldo-umidi all'addome, praticati con pezzuole imbevute di acqua calda e ricoperte di una tela impermeabile, si somministrò l'antipirina internamente. Caduta la febbre si diede mano alla cura solvente collo ioduro di potassio per bocca e colla introduzione di tamponi vaginali imbevuti di glicerina iodurata. In 5 casi, l'essudazione fattasi superficiale coi manifesti caratteri di fluttuazione, venne praticata la apertura dell'ascesso dalle pareti vaginali e fu posto il drenaggio. È inutile il dire che contemporaneamente si curarono tutte le eventuali complicazioni della forma puerperale; 6 volte fu praticato il raschiamento endouterino

Ad onta che fra queste ricoverate ne siano state accolte di veramente gravi, pure possiamo dire che tutte volsero più o meno rapidamente a guarigione tranne il solo caso accennato di donna 7 para ricoverata in 10ª giornata dal parto, assai scaduta nelle funzioni generali, che morì dopo tre giorni dall'ingresso per concomitante pleurite essudativa.

Dei 4 casi di flegmasia alba-dolens uno passò a suppurazione e richiese aperture e contro aperture onde agevolare il processo di guari-

gione. Negli altri nulla di speciale nè riguardo alla eziologia nè riguardo al decorso, che fu piuttosto lungo: per la cura oltre al riposo si ricorse alla fasciatura dell'arto con cerotto del Vigo, a febbre spenta.

H. **Mastite.** — Nei casi di mastite puerperale, che furono otto, si praticò la incisione dell'ascesso quattro volte. In un caso in cui il processo era appena iniziato, si ebbe guarigione colla applicazione della vescica di ghiaccio sulla mammella sospesa opportunamente; i rimanenti casi furono inviati alla sezione chirurgica, essendo stato allontanato il bambino. In un caso la mastite fu osservata bilateralmente, e le molestie erano iniziate fino dagli ultimi mesi della gravidanza.

Nulla di speciale presentarono i due casi di ragadi mammarie; munite di capezzali artificiali, le donne poterono proseguire l'allattamento.

L'unico caso di risipola mammaria venne allontanato dal comparto e mandato nella sala destinata a tali forme.

Operazioni, mortalità.

Riassumo nel seguente prospetto le operazioni praticate nel comparto, non comprendendovi quelle che non avevano attinenza colla Ginecologia quali p. es. numerose toracentesi, svuotamenti di lesioni ossee tubercolari, esportazioni di cisti, ecc.

A. Sezione Ginecologica.

Incis. di ascessi della ghiandola del Bartolini . . .	N. 2
Incisione di ematomi vulvo vaginali	» 2
Esportazione di cancro vulvare	» 1
Perineorafia col met. di Lawson Tait	» 5
Colporafie anteriori . . .	» 18
» laterali	» 2
» posteriori . . .	» 4
A riportarsi	N. 34

Riporto	N. 34
Colpo-perineorafia Hegar .	» 1
Ablazione di cisti della vagina	» 2
Fistole vescico vaginali . .	» 2
Discissione del collo . . .	» 11
Trachelorafia	» 8
Amputazione vag. del collo	» 31
» sopravaginale del collo	» 4
Raschiamenti per fibroma .	» 1
» » endometr.	» 40
» » carcinoma	» 7
A riportarsi	N. 141

Riporto	N.	149
Riduz. di uteri retroversi fissi colle manovre di Schultze	»	7
Operazione di Alexander	»	1
Esportazione di polipi	»	19
Enucleazione di fibroma per via vaginale	»	1
Apertura di ascessi pelvici	»	2
Salpingotomia vaginale	»	1
Laparotomia esplorativa	»	5
» per perit. tuber.	»	1
» » pur.	»	2
» » ematocele	»	1
» » salpingot.	»	1
Abl. degli annessi: per nevrosi	»	2
Abl. degli annessi: per fibromi	»	9
Abl. degli annessi: per fibromi e piosalping.	»	1
Abl. degli annessi: per piosalpinge	»	1
Abl. degli annessi: per periovaro salpingite	»	1
Ovariotomie	»	18
Miomotomie	»	10
Isterectomie vaginali	»	12
Nefrotomia	»	2
Nefrectomia	»	1
Totale	N.	239

B. Sezione gravide.

Isterostomatotomia	N.	4
Interruz. artif. della gravid.: Rottura artificiale delle membrane	»	10
Interruz. artif. della gravid.: Metodo Krause	»	8
Interruz. artif. della gravid.: Krause, Barnes	»	1
Estrazione manuale	»	1
Forcipe	»	8
Rivolgimento	»	2
Versione bipolare	»	2
Uncino acuto	»	1
Cranioclaste	»	1
Parto forzato	»	1
Taglio cesareo metodo Porro	»	2
Taglio cesaréo post-mortem	»	2
Totale	N.	43

C. Sezione puerperale.

Perineorafia	N.	2
Estrazione manuale o strumentale di resti ovulari	»	65
Incisione di ascessi pelvici	»	5
» di ascessi mamm.	»	8
Amputazione d'utero inverso	»	1
Laparot. per perit. puerp.	»	2
Totale	N.	83

Operazioni ginecologiche	**N.**	**239**
» ostetriche	**»**	**43**
» nella sezione puerperale	**»**	**83**
Totale	**N.**	**365**

La mortalità generale del comparto ostetrico ginecologico è già stata indicata al principio del Rendiconto; sopra 1196 ricoverate si

ebbero 78 morte, vale a dire la mortalità complessiva del 6,50 0[0. Le ricoverate e le morte vanno così divise fra le diverse sezioni:

Sezione	ginecologica	Ricoverate	N. 722	Morte	N. 28	Mortalità	3,87 0[0
»	gravide	»	» 146	»	» 18	»	12,39 0[0
»	nutrici	»	» 76	»	» —	»	0,00 0[0
»	puerpere	»	» 252	»	» 32	»	12,65 0[0
		Totale	N. 1196		N. 78		

Il quadro accennato abbisogna di alcuni commenti, affinchè la statistica sia veramente scienza di luce e non scienza di errore. Intanto è notevole come la mortalità *puerperale* per *sepsi* delle gravide ammalate ricoverate nel comparto sia stata zero. Due volte vi figura la sepsi, ma una si riferisce alla donna operata di taglio cesareo col metodo Porro, per carcinoma diffuso, accolta con febbre elevatissima e con spiccati fenomeni di sepsi già al momento del suo ingresso. La seconda gravida, al suo ingresso presentava flebite, risipola diffusa, pioemia. La mortalità nella sezione *gravide* è dovuta dunque alle malattie da cui erano affette o ad accidenti ostetrici. Le cause di morte sono rappresentate dal seguente quadro:

Malattie complicanti la gravidanza.

Nefrite	N. 5
Eclampsia	» 2
Uremia	» 1
Catarro bronchiale con pleurite	» 1
Ittero febbrile con albuminuria	» 1
Pericardite	» 1
Reumatismo poliarticolare con meningite	» 1
Tifoide	» 1
Risipola e piemia da flebite	» 1
Metrocarcinoma con setticemia	» 1
Totale	N. 15

Accidenti ostetrici.

Emorragia (mola)	N. 1
» (placenta previa)	» 1
» post partium (idramnios)	» 1
Totale	N. 3

La mortalità gravidica e quella puerperale delle gravide sgravatesi nel comparto è quindi dovuta esclusivamente o ad accidenti ostetrici o alle malattie da cui erano colpite le donne gravide al momento dell'ingresso.

Le cause della mortalità nella sezione puerpere, dove sono accolte le donne che, sgravatesi a domicilio, entrarono nel comparto nel corso del puerperio, sono indicate dal seguente specchietto:

per forme mediche		per forme infettive	
Nefrite	N. 2	Setticoemia.	» 7
Uremia	» 2	Setticemia secondaria ad arresti placentari	» 12
Pleurite	» 2	Peritonite	» 6
Pleuro polmonite	» 1		
Tubercolosi polmonare . .	» 1		
Totale	N. 8	Totale	N. 25

Siccome nel comparto entrarono 252 puerpere, di cui 74 affette da forme mediche o chirurgiche e 178 affette da forme infettive, ne segue che la mortalità medica è rappresentata dal 10,79 0[0, quella infettiva dal 9,91, procento certamente non alto quando si pensi alla straordinaria gravità dei casi accolti nel comparto.

Lo studio della mortalità operatoria nella sezione gravide puerpere deve essere ommesso, poichè è troppo chiaro che la morte non fu legata a nessun atto operativo, anzi è evidente il contrario, che questo cioè non riuscì a scongiurare l'esito letale. Così come non si potrebbe mettere a carico della provocazione del parto, la morte, nei casi di nefrite, eclampsia, ecc., nella sezione gravide, parimenti, nella sezione puerpere, sarebbe assurdo il discorrere di mortalità, p. es. del raschiamento o della estrazione della placenta.

Deve essere esaminata invece la mortalità operatoria nella sezione ginecologica e devono esserne analizzate le cause. Nella sezione ginecologica si ebbero 28 morte (inclusavi una morta nel 1890, ma operata nel 1889): di queste 10 si riferiscono a donne non operate, di cui 8 morte per metrocarcinoma, una per salpingo ovarite tubercolare, una per car-

cinosi addominale diffusa; e 18 a donne operate, le quali a seconda dell'operazione subìta, sono così divise:

Laparotomia esplorativa.	Operate	N. 5	Morte	N. 2
Enucleazione di fibroma uterino per vaginam	»	» 1	»	» 1
Ovariotomie	»	» 18	»	» 3
Nefrotomia	»	» 2	»	» 1
Nefrectomia	»	» 1	»	» 1
Ablazione degli annessi	»	» 14	»	» 3
Miomectomie	»	» 10	»	» 6
Isterectomie	»	» 12	»	» 1
			Totale	N. 18

La morte delle operate non deve mettersi però in tutte a carico della operazione. Così l'operata di nefrotomia, morì di lento esaurimento, *in 28ª giornata dall'operazione*, quando di questa era guarita e per idronefrosi dell' altro rene. Così pure non può incolparsi la laparotomia esplorativa in una delle operate, portata nel comparto in condizioni disperate, con fenomeni spiccati di emorragia interna, e per la quale si erano fatte le due ipotesi, o di emorragia endocistica, o di emorragia da carcinosi diffusa degli organi addominali, ipotesi quest' ultima confermata da una incisione di tre cent. circa, fatta senza narcosi cloroformica sulla donna pressochè agonizzante (moriva poche ore dopo). Per cui, pur volendo comprendere nel computo l'operata di ovariotomia in condizioni già disperatissime per suppurazione, peritonite e sepsi, abbiamo 16 operate morte, sopra 239 operate, nella sezione ginecologica. Causa della morte è stata dieci volte la sepsi, una volta l'emorragia tardiva, una volta il cloroformio, una volta l' insufficienza renale del rene superstite (nefrectomia per fibrolipoma della capsula renale), una volta violenti tube cardiache (ovariotomia), una volta il collasso, una volta causa non apprezzabile. Un ospedale, è essenzialmente diverso da una clinica, poichè in quello non può esservi selezione di casi, mezzo con cui è facile procurarsi le statistiche brillanti. Coloro che mi hanno seguito nella esposizione documentata dei fatti, troveranno forse che abbiamo ragione di rallegrarci dei risultati ottenuti, dato l' ambiente e le difficoltà di una perfetta organizzazione nel primo anno, quando tutto si doveva rimutare o profondamente modificare. Niun dubbio che, allonta-

nati alcuni pericoli, riformato, starei per dire, tutto l'ambiente, educato il personale alla novella vita, attraversato il periodo di formazione, i risultati andranno progressivamente migliorando.

Dirò ora in brevi parole quanto si pratica per difesa contro la setticemia. È un metodo misto che trae dall' antisepsi e dell' asepsi quale si pratica nella maggior parte delle cliniche. Antisepsi rigorosa per l'operatore e per gli assistenti praticata col sublimato, disinfezione delle spugne colla bollitura nell' acido fenico al 5 0[0 e loro conservazione nella soluzione ad eguale titolo pur di acido fenico in vasi che portano l'indicazione di ogni giorno della settimana, cosicchè le spugne disinfettate soggiornano una settimana almeno nella soluzione fenica: disinfezione della seta mediante bollitura nella soluzione fenica e sua conservazione nella soluzione alcoolica di sublimato al 2 0[00; sterilizzazione degli strumenti col calore secco ed umido, disinfezione del campo operatorio col sublimato. Cominciata l'operazione, all'antisepsi si sostituisce l'asepsi, si evita cioè ogni contatto delle soluzioni antisettiche coi tessuti e cogli organi scoperti, quindi mentre gli strumenti sono posti in soluzione dilungata di acido fenico, spugne, flanelle, garza vengono lavate con acqua sterilizzata; l'antisepsi domina insomma nella preparazione della operazione, l'asepsi domina nel corso dell'operazione stessa.

Così ho terminata la esposizione genuina di quanto ho osservato nel comparto ginecologico, nulla nascondendo, nulla attenuando, come era negli intendimenti dell'ottimo mio maestro, perchè dagli errori si tragga ammaestramento, dai trionfi compiacenza per il bene conseguito, dagli insuccessi stimolo alla ricerca indefessa delle cause che possono farli evitare o renderli meno frequenti.

RASSEGNA OSTETRICA

A. Bertazzoli. — **Contributo allo studio dello sviluppo fetale nelle stenosi pelviche, con considerazioni sulla terapia dei bacini ristretti.** — Milano, 1890.

L'A. si propose unicamente di studiare l'influenza che il bacino viziato può avere sul decorso della gravidanza e sullo sviluppo fetale, e però da un accurato spoglio della letteratura trae che i concetti, quali ebbero a volta a volta il sopravvento si ponno riassumere col dire: che mentre dapprima si riteneva la stenosi pelvica una causa predisponente della retroversione dell'utero in gravidanza, oggi invece questo fatto lo si vuole del tutto indipendente dalla conformazione del bacino e piuttosto legato alla presenza di morbose aderenze determinanti già prima della gestazione uno spostamento dell'organo uterino; che la stenosi pelvica non viene affatto considerata fra le cause dell'aborto, ed appena in modo vago accennata da taluni; che l'influenza della stenosi pelvica nel favorire l'interruzione prematura della gravidanza, mentre è da una parte anche oggigiorno decisamente ammessa, dall'altra si è in modo altrettanto reciso negata; e che infine così può dirsi anche dello sviluppo fetale ritenuto da alcuni piuttosto deficiente nei casi di stenosi pelvica, mentre da altri lo si vuole uguale a quello dei feti provenienti da donna a bacino normale.

L'A. si valse del ricco materiale fornito dalla maternità di Milano ed il numero dei casi presi in considerazione fu di 8242 così divisi:

Primipare	a bacino	normale	3974
Pluripare	»	»	3240
Primipare	»	viziato	567
Pluripare	»	»	467

Ricordate estesamente quelle circostanze che si ritiene abbiano influenza sullo sviluppo fetale, a donna ben conformata, studia la lunghezza, il peso e la misura del biparietale anatomico dei bambini nati a termine dalle madri a bacino normale ed arriva al risultato che tali misure sono maggiori nei feti delle pluripare, e che

i maschi offrono sempre maggior sviluppo delle femmine sia che si considerino in donne primipare che in donne pluripare.

Esamina poi i casi di viziatura pelvica, distingue quelli di primipara da quelli di pluripara, considera a parte maschi e femmine, confronta le medie ottenute per i casi di questa specie con quelle della precedente ed ottiene cifre che gli permettono di stabilire che: in generale i bambini nati da donne deturpate nella pelvi hanno un peso ed un diametro biparietale minori del peso e del diametro biparietale dei bambini nati da donne a bacino normale; che anche qui i bambini delle primipare sono meno sviluppati di quelli delle pluripare; e che i bambini maschi presentano un peso ed un biparietale superiore a quelli delle femmine, come la loro proporzione percentuale nè è anche maggiore di quanto osservasi pei feti maschi nati da donne a bacino normale.

Procedendo più oltre, l'A. studia l'influenza dei bacini viziati sull'andamento della gravidanza ed alla questione, se il bacino ristretto possa essere realmente ritenuto come causa talora dell'aborto e talora del parto prematuro, risponde separatamente e cioè per riguardo alla prima parte del quesito, appoggiandosi a molte considerazioni ed alle vedute di parecchi clinici, dà risposta negativa, mentre colla scorta dei casi presi in esame ed in base ai cangiamenti di rapporti fra utero, bacino e cavità addominale donde fattori di accertata influenza eccitatrice delle contrazioni uterine, crede di poter concludere che la viziatura pelvica favorisce l'insorgenza prematura del parto tanto nelle primipare che nelle pluripare, per quanto in quest' ultime in una proporzione minore.

Sempre tenendo conto dei risultati avutisi nella clinica milanese, l'A. fa seguire delle considerazioni sulla terapia dei bacini ristretti e conclude:

A) Stenosi pelviche di primo grado.

I. Specie nelle primipare deve essere dato largo campo all' aspettazione, che prepara poi ulteriormente l'entrata in scena del forcipe, di certo più innocente della versione a termine di gravidanza;

II. il rivolgimento, reso necessario in determinate circostanze, quando lo si eseguisce in presentazione cefalica, dà in queste stenosi pelviche una mortalità materna e fetale maggiore del forcipe;

III. in tali ristringimenti, a feto vivo, a condizioni materne lodevoli, dopo tentativi infruttuosi di forcipe, non sarebbe del tutto da respingersi la sinfisiotomia, che quivi avrebbe anche maggiori probabilità di successo, per quanto riguarda il prodotto del concepimento;

IV. l'embriotomia nelle stenosi pelviche di primo grado è di nessun pericolo per la madre, quando si osservi l'asepsi.

B) Stenosi pelviche di secondo grado.

I. Ammessa prudente e saggia l'aspettazione nelle stenosi pelviche di primo grado, massime nelle primipare, fino a che la lunghezza della C. V. non

disconda al disotto degli 85 mm., il parto prematuro artificiale per poter essere realmente utile, sarà bene contenerlo fra i limiti di 85 e 70-68 mm. di lunghezza nella C. V. a seconda che trattisi di bacino generalmente ed irregolarmente ristretto o di bacino semplicemente piatto;

II. nelle stenosi pelviche al disotto dei 65 mm. devesi oggi concedere una più larga parte all'operazione cesarea, riservando l'embriotomia ai casi di morte intrauterina del feto, ed a quelli in cui la via laparotomica fosse impedita dalla volontà della madre o resa assai pericolosa per le condizioni generali e locali dell'operanda;

III. nelle stenosi pelviche per osteomalacia dovendo ricorrere alla operazione cesarea dovrà darsi la preferenza all'operazione Porro per la grandissima probabilità di ottenere con essa anche la guarigione radicale dell'osteopatia.

Dott. F. Villa.

Lando Landi. — **L'albuminuria nel parto,** analisi chimiche quantitative ed esperimenti. — *Morgagni,* settembre 1890.

In un primo capitolo è esposta una rassegna di lavori pubblicati sull'argomento dell'albuminuria della gravidanza ed implicitamente dell'albuminuria del parto, indi fa seguito la esposizione del sistema tenuto dall'A. nelle sue ricerche che è il seguente: Il giorno successivo a quello della ammissione di ciascuna nuova gravida nell'istituto se ne conservano le orine per 24 ore, in apposito recipiente, e, trascorso tale spazio di tempo, si esamina una porzione di dette orine; a seconda del risultato, continua quotidianamente l'esame oppure a brevi intervalli di tempo. Quando una delle ricoverate dà cenno della vicinanza del parto, si serbano le orine emesse e si tolgono colla siringa quando si sospetti la miscela di muco o di sangue: generalmente prima di giungere al periodo espulsivo si raccolgono le urine, e poi di nuovo subito dopo la espulsione della placenta. L'A. dichiara di aver tenuto calcolo soltanto di quelle osservazioni (fra le molte) le quali non lasciavano alcun sospetto di errore. Indi espone il metodo di analisi, il quale è quello di Scherér di poco modificato, e le tabelle riassuntive delle singole osservazioni. Secondo le sue ricerche l'albuminuria nel travaglio è la regola anzichè l'eccezione. Come fattore dell'albuminuria non ritiene di importanza il peso fetale, nè la lunghezza del sopraparto nè l'età della partoriente, nè la multiparità, nè infine il sesso del feto. Dalle tabelle appare che la più frequente è l'albuminuria del periodo espulsivo riscontrata su 38 casi 26 volte, mentre quella del periodo di dilatazione è stata riscontrata su 28 casi solo 18 volte. Oltre a questo, la prima sarebbe di importanza maggiore, giacchè offre una media di grammi 0,53 per mille, mentre la seconda raggiunge una media di soli grammi 0,37 per mille.

Colla lunghezza del travaglio coincide costantemente o la non albuminuria o almeno la mancanza dell'albuminuria del periodo espulsivo. Col parto provocato coincide la non albuminuria o la più leggiera forma di essa. La albuminuria scompare onninamente nei primi 2 giorni di puerperio.

Riguardo alle osservazioni istituite sulle gravide, dice che non ebbe a riscontrare una albuminuria, e microscopicamente nulla che in particolar modo richiamasse l'attenzione. Terminata così la esposizione della parte sperimentale esamina quali sono le cause atte a produrre l'albuminuria del parto. Cita le teorie di Cassin, Petit, Möricke, Fouruval, De Negri, Dumas, Ingerslew. Da esse emerge che la compressione meccanica prodotta od esercitata dall'utero sopra ambedue le vene emulgenti, o sopra una sola, e quella esercitata sulla aorta ed anche sugli ureteri è la causa più facilmente invocata. L'A. basandosi su nozioni anatomiche e sui rapporti che l'utero gravido contrae coi visceri, e sul fatto che durante le contrazioni l'utero irrigidito si erige allontanandosi alquanto sulla parete addominale anteriore (Schroeder) non crede che l'utero possa comprimere o semplicemente poggiare sui vasi addominali, e produrre gli effetti che gli attribuiscono i sostenitori di codesta teoria.

Istituite poi alcune esperienze, onde provocare artificialmente la compressione, venne a questi risultati: *l'orina emessa da un rene, dopo la legatura incompleta della emulgente dell'altro, si fa costantemente ed assai fortemente albuminosa, ricca di cilindri jalini e jalino granulosi, mentre dall'altro rene compare piccola quantità di orina commista o no a globuli rossi.*

Colla legatura incompleta della aorta addominale non riuscì a produrre l'accumulo di una eccessiva quantità di orina in vescica, ed in essa trovò soltanto una quantità appena apprezzabile di albumina.

Colla legatura incompleta della cava, non riscontrò che traccie appena avvertite di albuminuria e nessun cilindro jalino e granuloso.

Da tali esperienze l'A. crede non sia da parlare della possibilità di compressione sulla aorta nè di quella sulla cava, e prende a considerare la compressione sulla emulgente e per ragioni anatomiche, su quella di sinistra. E siccome ha notato che dal rene nel quale si fa la legatura della emulgente, nelle prime ore la secrezione è quasi sospesa, o per lo meno scarsissima, crede che, volendo attribuire alla compressione dell'utero sopra una delle emulgenti il fenomeno dell'albuminuria del parto, bisognerebbe ritenerla prodotta dal rene con emulgente integra, e così meglio si spiegherebbe la secrezione non diminuita e simultaneamente la presenza dell'albumina. Tuttavia anche a questa ipotesi vi sono dei fatti che stanno fortemente di contro. I. Colle esperienze si hanno coaguli evidenti, mentre nelle ricerche cliniche fu rilevata soltanto una tenue traccia di albumina. II. La porzione superaortica della vena renale sinistra è parallela al margine superiore renale omologo, regione che corrisponde al limite massimo superiore cui può giungere l'utero e

che l'utero deve necessariamente abbandonare durante il periodo nel quale l'albuminuria del parto è stata costante. Parlando poscia *della influenza degli sforzi della partoriente*, crede che tale opinione sia inesatta, e ciò alla stregua della prova dei fatti. La teoria di Möricke (brusco abbassamento della pressione addominale) non ispiegherebbe la albuminuria del periodo dilatante, e così pure le teorie basate sul *disturbo circolatorio prodotto dalla contrazione uterina, sulla alterazione del sangue coincidente colle contrazioni stesse, sull'intervento di una influenza nervosa producente di per sè l'albuminuria del parto* non reggono alla critica. Conclude:

Esistere una albuminuria del parto, nel periodo dilatante ed espulsivo, che scompare subito dopo il parto o nelle primissime ore del puerperio. — Quanto alle teorie emesse circa la produzione di tale albuminuria crede esse sieno inesatte o poco probabili *senza poterne suggerire delle nuove*. Si giunge a tale conclusione per esperimenti, esami, confronti. Durante la gravidanza non apparisce esistere una forma di albuminuria simile a quella riscontrata durante il parto.

Decio.

S. Raineri. — **Contributo all'eziologia della placenta previa.** — *Morgagni.* Giugno 1890.

Una donna, a termine di gravidanza complicata da placenta previa ed in travaglio di parto, è accolta in condizioni gravi nella clinica. Si pratica rottura del sacco attraverso alla placenta ed il parto ed il secondamento si effettuano senza ulteriori perdite di sangue, ma la dispnea aumenta, il polso diviene impercettibile, subentra cianosi, perfrigerazione e la morte avviene poche ore dopo l'intervento operatorio. All'autopsia si riscontrò di notevole: cuore disteso da coaguli sanguigno-fibrinosi che per un tratto si spingono anche attraverso il lume della polmonare e dell'aorta: sede d'inserzione placentare da tutto attorno l'orifizio interno estendentesi in alto lungo le pareti anteriore, posteriore e laterali fino agli infundibuli delle trombe inserite normalmente, e solo la porzione del fondo dall'uno all'altro sbocco tubarico libera dalla inserzione. Questo caso appoggia le vedute di Donzellini che indicò la straordinaria grandezza della placenta causa prima, efficiente, per la quale essa, in determinate condizioni, si rende previa. Secondo l'A. si potrebbe ritenere che un *grande e rapido sviluppo dell'allantoide* favorisca nel corion la moltiplicazione delle sue villosità non solo sulla serotina ma anche sulla riflessa, e che anche un deficiente sviluppo dell'amnios faciliti nel corion una più estesa irrorazione sanguigna da cui sviluppo più esteso dei villi. Nel campo dell'anatomia comparata trovasi infatti esempio di placenta diffusa

e di grande allantoide che aiuta a formare il corion. Data una placenta a diametro massimo super. alla media di c. 20. 1, nel caso in questione 29 c., qualora esso diametro sia diretto nel senso longitudinale facilmente occorrerà l'inserzione previa. Dall'osservazione che la maggior ampiezza della placenta coincide spesso colla inserzione marginale del funicolo, l'A. ricava che dette placente sono più spesso previe non in causa della speciale posizione del cordone, ma invece per effetto della loro maggior dimensione.

Spiega la morte rapida della donna colle idee di Playfair sulla spontanea coagulazione del sangue nell'arteria polmonare.

Dott. F. Villa.

Raineri. — **Di un taglio cesareo col metodo Porro seguito da guarigione in bacino lordo scoliotico da rachitide.** — *Riv. di Ost. e Ginec.* Torino 1890.

Il caso che è soggetto di questa comunicazione si riferisce ad una donna rachitica in sommo grado, nana (105 cent. di altezza), dell'età di 34 anni, gravida per la prima volta. Il bacino di una configurazione non frequente aveva in complesso i caratteri di un bacino rachitico, fortemente appiattito, irregolarmente ristretto, lordo-scoliotico (C. V. 2 1[2, 3 cent.). Feto macerato, gravidanza al termine del nono mese.

Ventilate le indicazioni, l'A. ritenne trovarsi in presenza di un taglio cesareo per indicazione assoluta, anche ad onta del feto morto. Fra i metodi operatori, il conservatore (Sänger) o il demolitore (Porro), in vista delle speciali condizioni, bacino ristrettissimo, feto macerato, si tenne a quest'ultimo, operando fuori del periodo del travaglio. L'operazione fu eseguita con la tecnica nota, non senza qualche incidente (rottura del laccio elastico e dell'ansa di filo di ferro del serranodi di Cintrat, non servendo poi il serranodi di Chassaignac, il dott. Acconci propose di legare il peduncolo con filo di seta di Firenze, frazionandolo). Il peduncolo fu trattato extraperitonealmente. Il feto pesava Kg. 2,600, l'utero gr. 800. Il seguito dell'operazione fu ottimo, e l'ammalata uscì dopo poco tempo in ottime condizioni.

Segrè.

RASSEGNA GINECOLOGICA

V. Frascani. — **Di un modo singolare di eliminazione del laccio e della parte soprastante del peduncolo dopo un'isterectomia sopravaginale per fibromi.** — *Riv. di Ost. e Ginec.* Torino, 1890.

L'A. dopo aver eseguita in un caso l'isterectomia sopravaginale dell'utero per fibromiomi multipli, dopo averlo segmentato e stretto con cordoncino di seta fortemente, lo affondò nella cavità peritoneale ed ebbe in nona giornata il coalito per prima della ferita cutanea muscolare. Se non chè dodici giorni dopo la praticata operazione, iniziò dai genitali un flusso di secrezione puriforme, odorosa, che le lavande al sublimato valsero a diminuire non a sopprimere. Visitata la donna collo speculum, accertossi che la secrezione proveniva dalla cervice uterina, finchè in 21ª giornata dall'operazione fece capolino dalla bocca uterina il filo di seta con cui aveva legato il peduncolo che estrasse e qualche giorno dopo spontaneamente anche un abbastanza grosso pezzo di tessuto uterino necrotizzato costituente la parte di peduncolo superiore al laccio, che ricordava ancora la forma di segmento uterino. Dopo di ciò cesò la secrezione vaginale e la donna non ebbe più alcun disturbo.

L'A. non sa di altri casi in cui similmente siasi eliminato il laccio e parte del peduncolo: altri avendo operato con egual metodo (che oggi è dalla maggior parte degli operatori abbandonato), ebbero l'espulsione del laccio da un fornice vaginale entro cui si aprì un ascesso pelvico formatosi.

Segrè.

E. Casati. — **Una rara forma di cisti vaginale.** Nota Clinica ed Anatomica. — *Riv. di Ost. e Ginec.* Torino 1890.

Si era presentata all'A. una signora di 20 anni gravida al 4º mese accusando la presenza di un tumore vaginale, che le era di molestia nel camminare e nel coito. Col riscontro fu trovato nella parete vaginale posteriore alla porzione

inferiore un tumore grosso quanto un uovo di piccione oscuramente fluttuante. Propose l'operazione che fu eseguita con un metodo misto fra quello dello Schroeder e la spaccatura semplice. Escise cioè un ovoide di mucosa vaginale a diametro massimo perpendicolare a quello della vagina e trasversale al tumore, con ciò penetrò nella cavità cistica da cui uscì liquido filante. Previa raschiatura della parete, suturò i bordi dell'incisione fatta, comprendendo anche il fondo della cisti così raschiato. La guarigione non si fece attendere e permaneva 6 mesi dopo completa. Il metodo usato differisce da quello di Schroeder pel fatto che mentre questo esporta la parete anteriore della cisti e lascia la posteriore a costituire la parete vaginale, l'A. avrebbe conservata la mucosa vaginale, avendo per così dire esportato con il raschiamento tutta la parete cistica.

L'esame microscopico della parete della cisti, avrebbe rilevato l'esistenza di un epitelio cilindrico non a ciglia vibratili con numerose introflessioni di questo epitelio nella spessezza della mucosa soprastante, senza però che queste avessero a raggiungere l'epitelio piatto vaginale, ciò che lo fa ritenere produzione endocistica. Per la genesi della cisti l'A. non crede possa riferirsi ad una ectasia di discutibili glandole vaginali, nè ad una conglutinazione di pliche vaginali e nemmeno ad un fatto embrionale, permanenti residui dei canali di Müller e Gärtner, ma la ritiene una vera neoplasia, un vero cistoma vaginale, e simile in molti aspetti a quello unico nella letteratura del Kaltenbach. Ritornando sul metodo operativo, lo raccomanda per gli esiti avuti.

SEGRÈ.

R. BASTIANELLI. — **Sulla operazione di Alexander modificata e sulla laparoisteropessia.** — *Bollett. della Società Lancisiana,* fasc. 2, 1890.

Espone i risultati di 6 operazioni di Alexander cercando di dimostrare che, se la operazione originale può lasciare dubbio della riuscita, essa è ancora suscettibile di essere modificata e migliorata. Non crede che l'operazione quale originariamente fu eseguita sia una eccellente operazione, ma neppure da rigettarsi tanto più allorchè ciò sia il portato di una non sufficiente esperienza.

Passa poscia l'A. in rassegna alcune delle obbiezioni più accreditate contro a operazione di Alexander, dimostrandole in molte parti erronee. Circa poi alla non riuscita di talune operazioni bene eseguite, si intende riuscita remota, crede militino le cause che produssero lo spostamento all'indietro, quali le alternative di svuotamento e pienezza vescicale, il successivo distendersi e allungarsi dei legamenti rotondi, non solo, ma tutte le alterazioni di forma e di struttura dell'utero, il peso del fondo, la sottigliezza delle pareti, la flaccidità dell'utero e lo

sfasciamento del diaframma pelvico. Se tali condizioni persistono dopo l'atto operativo, esse si faranno sentire di nuovo.

Opina che il metodo di sutura del Bompiani sia il migliore non approvando le modificazioni del Casati e del Doléris.

Ciò esposto descrive il piano di operazione, che più volte studiò sul cadavere, ponendo cura speciale nell'indicare il modo di sbrigliare il cordone dal peritoneo parietale, fino a veder penetrato nell'anello inguinale un tratto di legamento largo che fissa con due punti al contorno dell'anello inguinale interno costituendo così un più valido fattore di trazione anteriore all'utero.

Segue una dettagliata esposizione di 6 casi dall'A. felicemente operati.

Passa quindi all'argomento della ventrofissazione uterina nella retrodeviazione, dicendo che circa alla indicazione non può darsi una risposta precisa e pratica, e che per ora è del tutto subbiettiva. Ora vale il semplice pessario, ora questo sussidio è del tutto inefficace anche se preceduto dalle manovre dello Schultze, o di quelle di Thure-Brandt, poichè al dire di Sänger il 20 0[0 delle retrodeviazioni non può essere corretto dai pessari. Ma anche nei casi in cui il pessario può bastare, l'ideale non è raggiunto e lo sarebbe con un processo curativo che guarisse radicalmente e che liberasse dall'incomodo della ortopedia, che fosse facile, sicuro negli effetti e non pericoloso. Per l'A. la prima indicazione sarebbe data dalle retro-deviazioni aderenti non complicate che cagionano notevoli disturbi. Ma spesse volte i disturbi accusati nelle retrodeviazioni aderenti sono conseguenza di processi flogistici, di aderenze perimetritiche, di alterazioni consecutive degli annessi. In allora si deve eseguire la castrazione, oppure dopo averla eseguita fissare anche l'utero alle pareti addominali? L'A. è d'avviso che in tali contingenze la retroflessione come ente patologico impallidisce di fronte alla perimetrite e si deve tralasciare la isteropexi secondo il parere altresì di Martin, T. Tait, Veit, Olshausen, Bouilly-Lucas, Championnière.

Sänger vorrebbe come indicazione la retrodeviazione associata a lesione degli annessi, ma tale indicazione secondo l'A, rientra in un' altra di indole generale, cioè quando nel corso di una laparotomia qualunque si trova l'utero deviato, si deve cucirlo al ventre, se è presumibile che ciò possa giovare all'inferma. E quantunque sia noto che l'utero, tolti gli annessi, si atrofizza è parere dell'A. doversi praticare la ventrofissazione perchè non si può sapere se la deviazione potrà in seguito meccanicamente portare molestie e perchè l' atto del cucire l'utero alle pareti è di per sè una minima complicazione della laparotomia eseguita. Riguardo ad un' altra importante questione e cioè se possa ritenersi come condizione alla ventrofissazione una deviazione uterina molto grave quando l' utero è mobile e non vi è complicazione negli annessi, l'A. crede che prima si debba tentare l'operazione dl Alexander non già per la gravità della laparotomia, ma per la illogicità di fissare quello che era mobile, e di riparare così un male creandone un

altro. Trova ingiusto l'abbandono ed il disprezzo di cui è fatta segno la operazione di Alexander. Il Grenser portò in campo una nuova indicazione per la isteropessia, cioè la crede opportuna nei casi di utero retroflesso in bacino rachitico perchè talora è impossibile applicare un pessario, ma anche in tali contingenze rimarrebbe sempre da esperimentare la operazione di Alexander. Per le ragioni esposte la isteropexi dovrebbe essere accettata ma nei limiti esposti. Enumera gli svantaggi di questa operazione come quella che pone l'utero in condizioni non fisiologiche di posizione e di sostegno, e dichiara esagerati alcuni di questi; vorrebbe che si trovasse una modificazione della sutura dell'utero al ventre in guisa da ottenere aderenze facilmente distendibili, e crede che fino ad ora il metodo di Leopold sia quello che meriti la preferenza qualora si tratti di pura isteropexi con risparmio degli annessi, e ciò per il motivo di future eventuali gravidanze.

Descrive poscia il metodo di sutura da lui usato mediante il quale non può darsi che scivoli un'ansa intestinale tra l'utero e le pareti addominali. Stabilite così le indicazioni, i danni ed i vantaggi della laparoisteropessia è per l'A. logica deduzione che non trovi posto la isteropessia extraperitoneale della quale operazione (Crespi), enumera gli svantaggi. Passando poscia in rassegna altri tentativi eseguiti in questo difficile campo, ricorda Klotz, Polk, Czerny, Trélat, Ruggi, Gill Wylie, Bode, Baer, Schücking, Freund, fermandosi specialmente in quest'ultimo.

Alla isteropessia nel prolasso uterino consacra poche parole, ritenendo doversi riservare l'operazione ai casi di fuoruscita totale o parziale dell'organo, non in quelli di allungamento ipertrofico del collo uterino con cisto e rettocele. Nei prolassi totali la isteropexi deve associarsi alle operazioni plastiche, poichè se quella sola basta a mantenere l'utero fisso, non impedisce la discesa delle pareti vaginali fuori dalla vulva e non ripara ai danni causati dalla flaccidità del pavimento pelvico.

Decio.

NOTIZIE

Nomine. — Il dott. Ettore Truzzi, primo assistente presso la Maternità di Milano, fu nominato professore, direttore della R. Scuola di Ostetricia a Novara.

— Il dott. Arturo Guzzoni degli Ancarani, già direttore della R. Scuola di Ostetricia in Novara, fu nominato professore ordinario di ostetricia nella R. Università di Cagliari.

BIBLIOGRAFIA

I. POZZI. — **Traité de gynécologie clinique et opératoire.** Paris, G. Masson éditeur, 1890. — Un nuovo libro di ginecologia che si presenta dopo i molti pubblicati in Germania, troppo noti nel mondo scientifico perchè io ne accenni i nomi, deve avere un merito reale per entrare nelle simpatie degli studiosi. Il nome del prof. Pozzi è noto ed è di per sè stesso una buona garanzia. Egli porta nel suo libro colla sua personale, l'esperienza dei clinici più celebrati; e si fu appunto da quel modello di maestro che era il prof. Breisky, in allora Clinico di Praga, che io ebbi la fortuna di conoscere di persona l'autore del grosso trattato di cui mi permetto un cenno di presentazione. — Francese, inneggia la Francia per quanto lo può; e nella prefazione fa tutte le rivendicazioni che si crede in diritto di fare a vantaggio de' suoi connazionali. Io ammiro tanta carità di patria, ma non entro nel merito del dettaglio in un terreno tanto spinoso. — Chirurgo per eccellenza, egli si rivela subito tale nella prefazione, là dove dice: « Nous assistons, par suite, à une évolution qui au de là de nos frontières, amène déjà la gynécologie tout entière dans le domaine de la chirurgie.... » Io non sono punto d'accordo col prof. Pozzi in questa proposizione sintetica, che vi dà però in mano la chiave del giudizio di tutto il volume. Per me il chirurgo ginecologo non è che una parte del ginecologo e di certo non la maggiore.

Una diagnosi esatta ginecologica molte volte vi porta in un campo che nulla ha a che fare col campo chirurgico. Ad ogni modo qui non mi sono proposto di discutere le idee del chiarissimo autore, solo mi sono valso di quella breve citazione perchè ve lo rivela, ve lo presenta quale è « Il chirurgo ginecologo. »

Prima di correre i capitoli del grosso manuale, ciò che mi propongo di fare rapidissimamente, esprimerei un voto, che è nel tempo stesso una confessione: vorrei che ci dessimo la mano una bella volta per raccogliere quanto si è fatto e si fa da noi.

Nel libro del prof. Pozzi l'Italia vi figura appena con qualche nome, mentre sono persuaso che avrebbe diritti maggiori, che il prof. Pozzi non avrebbe di certo trascurati, se del nostro lavoro fossimo più curanti e gelosi.

Ed ora della disposizione di questo nuovo trattato di genecologia, che per quanto dirò sotto, son certo che è destinato a non mancare in nessuna libreria di chi si occupa delle malattie muliebri non solo, ma eziandio dei chirurghi.

Nel trascorrere l'indice e nello sfogliare il volume fui portato a rileggere la copertina sulla quale per un momento mi parve di aver letto male. Presenta la disposizione di un trattato di chirurgia, cosicchè al chirurgo presenta subito il catechismo nel primo libro composto di tre capitoli che trattano dell'antisepsi, anestesia, mezzi di riunione e di emostasi dei tessuti, drenaggio e tamponamento. Questo libro di ottantasei pagine è una chiara esposizione eclettica di quanto viene attuato dalla chirurgia odierna. Il lettore non trova discussioni ma la espo-

sizione dei vari metodi e dei molti mezzi, che alcuni usano ancora, che altri hanno in parte dimesso. Ad ogni modo l'esposizione è chiara e ognuno può prendere quello che per sè giudica opportuno. Chi non ha ancora definito la propria strada chirurgica si conforta ed ha largo campo per considerazioni le più differenti. Ricca e ben fatta è la parte che dedica alle suture.

Il secondo libro tocca più davvicino il campo della ginecologia, tratta dell'esplorazione ginecologica; come l'altro, abbonda anche questo di illustrazioni molto ben fatte e, se nel dettaglio minuto lascerebbe a desiderare, lo si può dir completo per la larghissima messe che offre al lettore. Esposti i più diversi metodi di investigazione il libro si chiude con una particolareggiata descrizione sulla palpazione o sondaggio degli ureteri.

Il libro III tratta delle metriti. In questo grosso capitolo del manuale, l'autore tenta nuove classificazioni. Interessantissima è la parte che *spetta alle infezioni* nella quale l'autore porta gli ultimi contributi scientifici. La parte migliore dell'importante argomento, a mio credere, è quella che spetta alla terapia chirurgica sempre tratteggiata magistralmente. Nel ripassare nella mia mente tante e tante malate di utero con forme le più variate e variissimamente tollerate, non so convenire colla classificazione che tenta l'autore. Io non lo seguirò nei suoi sforzi di razionalità clinica, in cui a mio avviso è riuscito per lo meno convenzionale. Egli rifiuta di servirsi della nota anatomo-patologica che a me sembra in tal terreno assolutamente indispensabile e ammette quattro forme che non ponno non confondersi, checchè si faccia col rigo, di cui l'ultima, la « *douloureuse cronique* » non la capisco. La illustrazioni però sono veramente belle, e per chi ha famigliarità con l'argomento, valgono per sè sole a farci aprire il libro con vero interesse. I sintomi e il decorso di tutto questo gruppo di affezioni che egli abbraccia sotto il nome di « Métrites » ebbero dall'autore estesa considerazione. La chirurgia ginecologica di questo capitolo senza aver nulla del nuovo, è esposta senza omissioni e colla massima chiarezza.

Il capitolo dei tumori fibrosi dell'utero e del loro trattamento, con tutte le questioni a tale malattia subordinate, Elettricità, Castrazione, Trattamento intra ed estraperitoneale, io lo debbo considerare completo. Il dettaglio chirurgico è chiarissimo e ricco in tutti i sensi, tanto nell'esposizione dei metodi, quanto nel darne conto minuzioso e con tavole illustrative ben fatte.

Così si può dire eziandio del libro che segue — Cancro dell'utero — sebbene nello stabilirne le varie forme cliniche, dimostri anche qui una certa tendenza a staccarsi dalla nosografia classica con poco vantaggio dell'argomento. La tecnica operatoria è svolta splendidamente e si chiude coll'esposizione del metodo di Kraske debitamente illustrato.

Il libro sesto è diviso in tre grossi capitoli. — Deviazioni dell'utero in avanti e indietro. Prolasso dell'utero. Inversione dell'utero. — La chirurgia ginecologica vi è diffusamente trattata nonchè la ortopedia. Quello che mi sembra un poco deficiente è la parte clinica di questa fonte interminabile di mali muliebri. Nell'isteropexi addominale l'autore porta contributo proprio chirurgico. Le tecniche operatorie non potrebbero essere esposte più nitidamente. Dedica un libro speciale alle defermità del collo uterino e al loro trattamento chirurgico. Tutto ciò a mio modo di vedere avrebbe dovuto trovare prima il suo posto. — Seguono quindi le turbe mestruali. A queste, giusta l'intonazione del manuale, dedica poche pagine. — Quindi pertratta le infiammazioni degli annessi uterini, capitolo che

clinicamente è dei più estesi, chirurgicamente però si concreta nel dover o poter intervenire e nel come si intervenga. E ciò valga a fortiori, per il libro decimo che si occupa delle cisti e tumori ovarici. È fatto bene e splendidamente illustrato.

Con piacere ho letto il capitolo sulla tubercolosi dei genitali. L'essere incompleto dal punto di vista clinico, dipende dai contributi fino ad ora insufficienti.

Il libro XII è dedicato all'Ematocele extra e intraperitoneale; il XIII alla Gravidanza extrauterina. Quindi viene alle malattie della vagina. Non tratta a parte le fistole, però nulla trascura di questo campo ricco di trionfi chirurgici. L'ultima parte del trattato comprende le deformità, anomalie di sviluppo, di cui l'esposizione è rapida ma chiara e la illustrazione grafica è sempre splendida.

Riassumendo, sinceramente convien dire che il prof. Pozzi ci ha dato un bel libro prevalentemente di chirurgia ginecologica, ricco di materiale, esatto e curantissimo di tutte quelle minuziose particolarità che oggi sono preziose al chirurgo ginecologo e come tale si mostra maestro. Mandando un saluto cordiale al nostro confratello di oltr'alpe, esprimo il desiderio che il suo libro si diffonda rapidamente fra noi, risvegliando una fonte di contributi dei quali il prof. Pozzi terrà certo conto nella prossima edizione.

Roma, Ottobre 1890.

Dott. Marocco
Prof. Paregg. di Ginecologia ed Ostetricia
nell' Università di Roma.

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Atti dell' Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 9 Marzo 1890.

Il presidente dà la parola al dott. Rossi per la sua cumunicazione *sull'influenza dell'oscurità sulla fecondazione, sulla gravidanza e sui neonati.*

Egli incomincia col rendere noti all'Accademia i risultati di alcune esperienze stabilite allo scopo di vedere l'influenza dell'oscurità sulla fecondazione. Dice subito che le sue ricerche presero le mosse dal lavoro dell'Hertwig pubblicato nel 1887, sulla fecondazione e sulla segmentazione delle uova degli Echinidi sotto la influenza di agenti chimici e fisici; questi ultimi rappresentati soltanto da temperature non mai superiore a 31° del centigrado. Per dare una base un po' più scientifica alle ricerche e per potere spiegare i fatti anche con l'aiuto di tutto quanto è stato detto sull'azione dell'oscurità sullo sviluppo dell'organismo e sulle sue diverse funzioni, ha scelto un mammifero, il « *mus musculus.* » In una piccola stanza, perfettamente oscura, ed entro ampie casse di legno, ha collocato in apposite gabbie circa 25 femmine accoppiate, vale a dire quando avevano ancora il tappo vaginale. Dopo un tempo variabile, dai 4 ai 7 giorni, le rimetteva alla luce. Ha potuto da ciò constatare che di 25 una sola rimase feconda ed al 20°

giorno diede alla luce due soli bambini. Parve a lui interessante questo fatto, dal momento che rimanendo i topi alla luce la percentuale delle femmine fecondate è rappresentata da circa il 90 0[0. Si propose allora di risolvere due quesiti: 1° o la fecondazione fu impedita; 2° o la fecondazione era avvenuta, ma venne arrestata. Per poterli risolvere, ha istituito una serie di ricerche sugli apparecchi genitali interni di femmine accoppiate ed uccise dal 1° al 3° giorno da che erano all'oscuro, e di femmine uccise dal 1° al 3° giorno dopo il parto e soggiornanti all'oscuro, sapendo appunto che circa 48 ore dopo essersi sgravate maturano alcune uova. Sui risultati di questi osservazioni microscopiche parlerà a suo tempo all'Accademia. Il dott. Rossi aggiunge che quanto ha esposto all'Accademia non è che una parte delle ricerche che ha ora in corso, inquantochè, oltre all'oscurità si è proposto di studiare eziandio sulla fecondazione, l'influenza delle alte e basse temperature, e della elettricità.

Il dott. Rossi avendo il materiale necessario, ma non con l'intento di occuparsene, ha potuto anche osservare l'influenza della oscurità sulla gravidanza e sui neonati. Sulla gravidanza, specialmente avanzata, parrebbe non avere azione; sui neonati invece notasi uno sviluppo lento e le palpebre si schiudono qualche tempo più tardi di quello che suole comunemente avvenire alla luce. Ma queste osservazioni ultime saranno continuate dal dott. Giuseppe Vicarelli.

Aperta la discussione sulla comunicazione del dott. Rossi il prof. Luciani richiama l'attenzione dei presenti sulle conclusioni presentate dal dott. Rossi stesso. La novità delle ricerche e l'importanza dei risultati ottenuti, meritano, egli dice, di seguirne lo studio ed è perciò che invita il dott. Rossi a proseguire nell'opera intrapresa e vedere di dare una spiegazione, di enunciare una ragione dei fatti osservati. Anzi domanda al dott. Rossi se fino da ora potesse dire qualche cosa, provando esso una estrema curiosità intorno all'argomento da lui svolto.

Il dott. Rossi ringrazia il prof. Luciani delle lusinghiere parole espresse e dice che saranno per lui come uno stimolo a continuare, anche con lena maggiore le ricerche incominciate. Avendo fatta una sola serie di esperienze generali, e non avendo ancora istituite alcune ricerche speciali sugli apparecchi genitali degli animali che servirono all'esperimento non può contentare il prof. Luciani nel desiderio espresso, che del resto è anche il suo. Non mancherà però, a suo tempo di comunicare all'Accademia le ulteriori ricerche, e dichiara che qualora si trovasse in presenza di dati positivi, nel dare una spiegazione terrà conto eziandio di quanto venne detto intorno alla influenza che la luce e l'oscurità esercitano sulle diverse funzioni dell'organismo.

Il dott. Banti domanda al dott. Rossi se non piuttosto l'oscurità desse luogo ad un diminuito accoppiamento degli animali.

Il dott. Rossi risponde che non poneva all'oscurità maschi e femmine, ma soltanto le femmine che avevano il tappo vaginale, ossia che erano state montate.

INDICE

LIBRARY

MEMORIE ORIGINALI.

Boisleux. — Ricerche batteriologiche sugli ascessi pelvici, delle ovaie e salpingiti purulente . . . . . *pag.* 81
Bompiani. — Delle operazioni cruente per cura della retroflessione dell'utero e specialmente delle operaz. di Alexander e di Olshausen » 433, 489
Cugiani. — Resoconto di cinque operazioni d'Alexander . . . . . » 359
Decio. — I primi 15 mesi del Comparto Ostetrico-Ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano . . . . *pag.* 89, 231, 372, 457, 526, 721, 765
Gelli. — Contributo allo studio e alla pratica del massaggio dell'utero . » 667
Grassi — Sull'etiologia dell'idrorrea gravidica . . . . . » 451
Lauro. — Elefantiasi del clitoride e fistola vescico-vaginale da causa non traumatica in donna sifilitica . . . . . » 194
Mangiagalli. — Dodici casi di isterectomia vaginale per carcinoma . » 1
— Due casi di taglio cesareo col metodo Porro, per rare indicazioni . . » 215
Pazzi. — Un nuovo forcipe . . . . . » 665
Piccinini. — Due operazioni cesaree conservatrici . . . . . » 521
Roncaglia. — Ulteriore contributo allo studio della placenta marginata » 609
— Un caso d'isteropexis per retroversione d'utero con aderenze . . . » 713
Truzzi. — Distocia rara per mostro doppio, autossita, monomfalo, del genere xifopago . . . . . » 153
— Ulteriore contributo allo studio della operazione Porro . . . . . » 305
— Di una rara causa di presentazione podalica immutabile e di morte del feto in gravidanza. . . . . » 417
— Sulla castrazione in casi di osteomalacia puerperale e non puerperale » 681
Vicarelli. — Sulla migrazione esterna dell'uovo . . . . . » 627
— Sul decorso della gravidanza e sullo sviluppo dei neonati alla luce ed alla oscurità . . . . . » 745
Villa. — Sull'eziologia dell'allungamento ipertrofico della porzione vaginale del collo uterino . . . . . » 181
— Contributo allo studio della polmonite in gravidanza . . . . . » 641
— Ancora sull'allungamento ipertrofico della porzione vaginale del collo uterino . . . . . » 761

TRADUZIONI.

Kötschau. — L'elettroterapia in Ginecologia . . . . . *pag.* 551
Voituriex. — I calendari della gravidanza . . . . . » 251

RASSEGNA.

Acconci. — Dei cistomi ovarici in rapporto con le funzioni generative *pag.* 109
Bastianelli. — Sulla operazione di Alexander modificata e sulla laparoisteropessia . . . . . » 788
Bertazzoli. — Contributo allo studio dello sviluppo fetale nelle stenosi pelviche, con considerazioni sulla terapia dei bacini ristretti . . . » 781
Berti. — Ultima serie di laparotomie eseguite dal prof. Alfonso Poggi . » 590
Betton-Massey. Cura della metrite cronica colla cauterizzazione galvanochimica. — **Buckmaster.** Osservazioni sul trattamento dei fibromi uterini a mezzo dell'elettricità. — **Franklin.** Osservazioni sull'uso dell'elettricità nella ginecologia, e di una nuova batteria galvanica trasportabile. — **Goelet.** Cura di alcuni tumori del bacino, colla galvano-puntura, drenaggio per la vagina, galvanizzazione endouterina. — **Lapthorn-Smith.** La faradizzazione bipolare nella ginecologia. — **Meginnis.** Osservazioni sulla cura elettrica dei fibromi. — **Rockwel.** Osservazioni generali sull'elettricità in ginecologia — **Skene.** Osservazioni sull'uso dell'elettricità nella cura dei fibromi dell'utero . . . . . » 582-583
Bompiani. — Operazione cesarea conservatrice: madre e figlio salvi . » 575
Bordè. — L'uncino acuto dopo la craniotomia . . . . . » 73
Bumm. — Della eziologia della peritonite settica . . . . . » 129
Calderini. — Di alcune laparotomie . . . . . » 75
— Il quinquennio 1884-85, 1888-89 . . . . . » 577
Candia. — Sulla cura radicale operativa del prolasso totale della vagina e dell'utero . . . . . » 265
Casati. — Una rara forma di cisti vaginale . . . . . » 787
Charpentier. — A proposito di un caso di morte rapida dopo il parto » 123
Clivio. — Di un caso di endometrite saprofitica . . . . . » 581
Comte. — Etere e cloroformio . . . . . » 265
Condorelli Francaviglia. — Vagina doppia con imene doppio ed utero interiormente septus . . . . . » 141
Cosentino. — Contributo allo studio del bacino obliquo ovalare con anchilosi e del bacino piatto non rachitico . . . . . » 71
— Quattordici laparotomie eseguite nel triennio 1885-88 . . . . . » 76
Crespi. — Isteropessia estraperitoneale nella cura degli spostamenti posteriori dell'utero . . . . . » 589
Crosti. — Sul valore semiotico di una modificazione alla reazione di Gmelin . . . . . » 59
— Contribuzione allo studio dell'icterus neonatorum. . . . . » 60
Curatulo. — Sulla cura palliativa del cancro dell'utero inoperabile e sul trattamento dell'endometrite col cloruro di zinco. . . . . » 78
Cuzzi. — Un caso di gastro-isterorafia anteriore per retroflessione uterina » 63
— Un caso di laparomiomotomia con affondamento del peduncolo trattato col laccio elastico . . . . . » 591
Delbet. — Esperienze e riflessioni sopra il drenaggio del peritoneo . . » 485
Dohrn. — Intorno alla facoltà di eseguire operazioni ostetriche da parte delle levatrici tedesche . . . . . » 468

Doléris. — Patogenesi e cura delle malattie del collo dell'utero . . *pag.* 480
Döderlein. — Ricerche comparative sul liquido amniotico e sul ricambio materiale del feto . . . . . » 467
— Ricerche sperimentali sulla disinfezione del catgut . . . . . » 269
Dührssen. — Sull'utilità delle profonde incisioni cervicali e vagino-perineali in ostetricia . . . . . » 472
Falaschi. — Pseudocisti sottocoriali placentari . . . . . » 49
Falk. — Della idrastinina e del suo uso nelle emorragie uterine . . . » 277
Ferrari. — Un caso di operazione cesarea col metodo conservativo, del prof. Inverardi . . . . . » 575
Fink. — Due casi di resezione del cieco per tubercolosi. Enterorafia . » 592
Fraenkel. — Sulla eziologia della peritonite . . . . . » 132
Frascani. — Primo triennio clinico . . . . . » 54
— Di un modo singolare di eliminazione del laccio e della parte soprastante del peduncolo dopo un'isterectomia sopravag. per fibromi . . . . » 787
Giglio. — Sul passaggio dei microrganismi del tifo dalla madre al feto » 565
Glökner. — Contribuzione allo studio della respirazione dei feti abortivi » 121
Gottschalk. — Sull'azione che l'influenza esercita sulle malattie dei genitali muliebri . . . . . » 129
Guéniot. — Della escisione dei grossi polipi uterini . . . . . » 136
Guzzoni degli Ancarani. — Sulla cura operativa del prolasso dell'utero » 53
— Sulle fratture intrauterine della testa fetale . . . . . » 117
Hager. — Snucleamento di un cistoma ovarico sottosieroso di inusitata grandezza . . . . . » 138
Hartmann et Gundelach. — Contributo allo studio sul valore semiotico dell'ipoazoturia dal punto di vista del diagnostico o pronostico delle affezioni chirurgiche . . . . . » 127
Helferich. — Sulla importanza pratica della moderna cistoscopia . . » 124
Hetzsch. — Contribuzione di altri sette casi allo studio del taglio cesareo conservatore . . . . . » 465
Kruse. — Dell'idramnios nei casi di gravid. da fecondaz. di un solo uovo » 115
Kümmel. — Intorno alla chirurgia della cistifellea . . . . . » 484
Küstner. — Il trattamento delle emorragie post-partum . . . . . » 115
Landi. — L'albuminuria nel parto . . . . . » 783
Lapthorn-Smith. — Dell'elettroterapia ginecologica in America . . . » 583
Lauro. — Di una lussazione congenita molto rara . . . . . » 52
Leblond. — Nota su qualche affezione uterina trattata col massaggio . » 276
Leopold. — Cura della rottura d'utero . . . . . » 118
— Raccolte sanguigne nel canale utero-vaginale atresico e salpingotomia » 137
— Sulla ventrofissazione dell'utero retroflesso dopo il raddrizzamento. . » 137
Loviot. — Manovre ostetriche, fatti clinici . . . . . » 122
Marchionneschi. — Studio sulla mancanza dell'utero . . . . . » 588
Mouratoff. — Studio sulla gravidanza ovarica . . . . . » 259
Nasi. — Circa l'inanizione nella mortalità infantile del primo mese di vita » 578
Nebel. — Della enucleazione vaginale dei miomi uterini . . . . . » 134
Negri. — Per la diagnosi della mostruosità fetali durante la gravidanza e nel parto . . . . . » 73

Negri. — Di una gravidanza extrauterina curata e guarita con la laparotomia primaria . . . . . *pag.* 573
Nigrisoli. — Operazione cesarea col metodo conservatore . . . . . » 574
Nota. — Contributo alla cura dell'ernia ombelicale nei bambini . . . » 577
Olshausen. — Della gravidanza extrauterina, e specialmente della terapia durante la seconda metà della gestazione . . . . . » 469
Ott. — Taglio cesareo secondo il processo Porro con esito favorevole per la madre ed il bambino . . . . . » 466
Ottolenghi. — I corpuscoli del colostro ed i globuli lattei in rapporto alla medicina legale . . . . . » 75
Passerini. — Trattamento chirurgico della endometrite puerperale . . » 119
Paul. — Necessità d'un diagnostico preciso in ginecologia. Diagnostico istologico delle endometriti . . . . . » 474
Pestalozza. — Fibromi d'utero e gravidanza . . . . . » 566
Pinzani. — Sul passaggio della morfina nel latte della donna . . . » 57
— Sulla eliminazione dell'antipirina per la glandola mammaria nella donna lattante . . . . . » 58
Porak. — Della cloroformizzazione nel parto normale . . . . . » 262
Poupinel. — Epitelioma cistico multiloculare vegetante dall'ovaio sinistro, ovariotomia, guarigione, epitelioma della mammella sinistra recidivo, generalizzazione del cancro . . . . . » 139
Predöhl. — Ricerche sulla eziologia della peritonite . . . . . » 131
Pugliatti. — Contributo alla etiologia e terapia del vomito incoercibile nelle gestanti . . . . . » 60
Raineri. — Un feto mostruoso in gravidanza complicata da idramnios acuto » 260
— Due casi di osteomalacia . . . . . » 261
— Contributo all'eziologia della placenta previa . . . . . » 785
— Di un taglio cesareo col metodo Porro seguito da guarigione in bacino lordo scoliotico da rachitide. . . . . » 786
Romiti. — Sull'anatomia dell'utero gravido . . . . . » 415
Roth. — Note cliniche e batteriologiche su osservazioni d'infezione tubercolare per la via genitale nella donna . . . . . » 264
Roncaglia. — Contributo alla patologia e terapia dell'ematocele intraperitoneale . . . . . » 50
Routier. — Ematocele retrouterino, trattamento chirurgico . . . . » 140
Ruggi. — Quadri statistici relativi alla seconda centuria di laparotomie, precedute da alcune annotazioni sopra i casi più importanti . . . » 590
Runge. — Trattamento della debolezza delle contrazioni uterine del parto » 570
Sänger. — Intorno alle cisti dermoidi del tessuto connettivo pelvico e sull'esportazione dei tumori pelvici mediante la perineotomia . . . . » 483
— Della blenorragia nella donna . . . . . » 585
Spannocchi. — Contributo alla casistica della gravidanza in donna vergine » 565
Spinelli. — Un caso di cloaca embrionale in donna adulta . . . . » 579
Swieciki. — La pressione addominale e la sua importanza in ginecologia » 125
Terrillon. — Delle ulcerazioni del collo uterino . . . . . » 139
Tomassoni. — Condotta dell'ostetrico in caso di avvenuta morte del feto nell'utero fuori del periodo di travaglio di parto . . . . . » 77

Trélat. — Influenza del trattamento della metrite sulle complicazioni infiammatorie peri-uterine: linfangioiti, salpingiti, pelvi peritoniti . *pag.* 580
Truzzi. — Dell'oligoidramnios nei suoi rapporti collo sviluppo del feto . » 64
— Sperienze intorno al glucosio nelle acque amniotiche, nell'urina, nel sangue del feto e nel meconio . . . . . » 67
Verrier. — Dell'ipnotismo durante il travaglio del parto . . . . . » 569
Zinnis. — Sulla guarigione spontanea del cefaleomatoma epicranico con o senza l'aiuto delle applicazioni armoniche . . . . . » 123
Zweifel. — Un caso di osteomalacia, taglio cesareo col metodo Porro modificato, guarigione . . . . . » 121
Werner. — Contributo allo studio delle anomalie di sviluppo degli organi genitali femminili . . . . . » 482

SOCIETÀ ED ACCADEMIE.

Accademia di Medicina di Parigi . . . . . *pag.* 280
Accademia di Medicina di Parigi — Sulla terapeutica intrauterina dei fibromi uterini, pel dott. *F. Gautier* . . . . . » 413
Accademia delle Scienze a Parigi — Dell'azione polare positiva della corrente galvanica costante sui microbi, ed in particolare sul bacteridio del carbonchio, pei dottori *Apostoli e Laquerrière* . . . . . » 414
Atti dell'Accademia Medico-Fisica Fiorentina . . . . . » 283, 793
Congresso dei Chirurghi di Polonia in Cracovia . . . . . » 294
Società medico-chirurgica di Bologna . . . . . » 143, 287, 594
Società Belga di Ginecologia ed Ostetricia . . . . . » 289
Società Ostetrico-Ginecologica di Vienna . . . . . » 189
Società Ostetrica e Ginecologica di Parigi . . . . . » 595
Società di medicina pratica di Parigi . . . . . » 596
Société de Chirurgie de Paris . . . . . » 598

QUESTIONI OSTETRICO-LEGALI.

È permessa la narcosi nelle donne incinte per estrazioni di denti? — Sul taglio cesareo post-mortem . . . . . *pag.* 144-147

NOTE DI TERAPEUTICA UTERINA.

Codeina nei dolori ovarici — Preparati di sozojodol — Papaina e tallina contro il carcinoma — L'estratto fluido della cimifuga racemosa nel parto — La Bryonia alba come emostatico uterino — Il simulo nella isteria — Il mentolo nel vomito delle gravide . . . . . *pag.* 147-149
La belladonna e la canape indiana in ginecologia — Lozioni contro il prurito vulvare — Preparazione di cilindretti uterini — Le iniezioni di acqua calda nell'epitelioma uterino — Le iniezioni ipodermiche di cloruro di sodio nelle gravi anemie . . . . . » 300-301
Dell'impiego del retinol e della colofonia nel trattamento della vaginite. — Soluzione contro la vulvite ulcerosa. — Dell'associazione dell'ignipun-

tura profonda del collo dell'utero col raschiamento della cavità uterina. — Antisepsi delle vie urinarie nella donna. — Dell'uso dell'ittiolo nelle malattie della donna . . . . . *pag.* 605-608

VARIETÀ.

Pregiudizi relativi ai neonati . . . . . *pag.* 295

NOTIZIE.

Nomine . . . . . *pag.* 790
Università italiane e straniere — Premi — Operazioni cesaree — Giubileo professionale . . . . . » 79-80
Università italiane e straniere — Corsi feriali a Berlino — Stipendio dei professori della facoltà di medicina in Francia — Congresso internazionale medico a Berlino . . . . . » 149-152
Università italiane e straniere — Statistica della Maternità di Bruxelles — Statistica della Maternità di Liegi — Congresso medico internazionale — Servizio medico degli Ospedali di Parigi per l'anno 1890 . » 302-304

BIBLIOGRAFIA.

Bar. — Recherches espérimentales et cliniques pour servir à l'histoire de l'embryotomie céphalique . . . . . *pag.* 79
Hart and Barbour. — Manual of Gynecology . . . . . » 299
Marcel Baudoin. — Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus . . . . . » 680
Pozzi. — Traité de gynécologie clinique ed opératoire . . . . . » 791
Vulliet et Lutaud. — Leçons de gynécologie opératoire . . . . . » 299

NECROLOGIO.

William Heath Byford — F. Siredey . . . . . *pag.* 488

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*